

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

677

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 22 juillet 1901, à 1 heure

Par

Armand POLAK

Né à Varsovie (Pologne) le 20 mai 1861.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES TUMEURS VÉSICALES

Président : MM. TILLAUX, professeur

*Juges : { M. TUFFIER, professeur.
REYNIER et LEJARS, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

677

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le lundi 22 juillet 1901, à 1 heure

Par

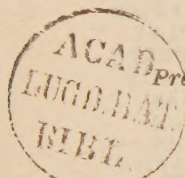
Armand POLAK

Né à Varsovie (Pologne) le 20 mai 1861.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES TUMEURS VÉSICALES



Président : MM. TILLAUX, professeur.

Juges : { M. TUFFIER, professeur.

REYNIER et LEJARS, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1901

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.		M. BROUARDEL	
Professeurs		MM.	
Anatomie		FARABEUF.	
Physiologie		CH. RICHET.	
Physique médicale		GARIEL.	
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.	
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.	
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.	
		HUTINEL.	
Pathologie médicale		BRISAUD.	
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE	
Anatomie pathologique		CORNIL.	
Histologie		MATHIAS DUVAL	
Opérations et appareils		BERGER.	
Matière médicale et pharmacologie		POUCHET.	
Thérapeutique		LANDOUZY	
Hygiène		PROUST.	
Médecine légale		BROUARDEL.	
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N.....	
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE	
		JACCOUD.	
Clinique médicale		HAYEM.	
		DIEULAFOY	
		DEBOVE.	
		GRANCHER.	
Maladie des enfants		JOFFROY.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.	
Clinique des maladies du système nerveux		TERRIER.	
		DUPLAY.	
Clinique chirurgicale		LE DENTU.	
		TILLAUD.	
Clinique ophthalmologique		PANAS.	
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.	
Clinique d'accouchements		BUDIN.	
Clinique gynécologique		PINARD.	
Clinique chirurgicale infantile		POZZI.	
		KIRMISSON.	
Agrégés en exercice.			
MM.	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ACHARD	DUPRE	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MENETRIER	VARNIER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	MERY	WA. LICH
CHARAIN	HEIM	REMY	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1795, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME ET A MON FILS

A MES FRÈRES

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES TUMEURS VÉSICALES

INTRODUCTION

Dans notre travail nous voulons nous occuper d'une question des plus intéressantes et des plus importantes de la chirurgie en général, et de la chirurgie des voies urinaires en particulier : notamment, de la question du traitement des tumeurs vésicales.

Une question si importante ne peut être résolue que par une étude très sérieuse, basée sur l'anatomie pathologique.

Sans avoir la prétention de trancher définitivement cette question qui est encore à l'étude à l'heure actuelle et qui a fait de grands progrès dans ces dernières années, nous nous efforcerons de présenter des documents et des statistiques qui contribueront à l'éclaircissement de quelques points se rattachant au traitement,

et à propos desquels divers auteurs semblent avoir exprimé des opinions tout à fait opposées.

Ainsi nous passerons en revue les diverses opinions émises sur la fréquence des différentes variétés des tumeurs vésicales, ensuite nous analyserons les différentes opinions concernant le point de départ de ces tumeurs, nous envisagerons aussi la question de la guérison spontanée des tumeurs vésicales.

Ensuite nous dirons quelques mots du pronostic et enfin nous nous arrêterons un peu plus longuement sur les divers modes de traitement en indiquant les résultats opératoires, et en insistant sur le procédé qui nous paraît être le traitement de choix dans l'avenir.

Toutefois avant d'aborder l'exposé de notre travail nous tenons à remercier nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux.

Nous avons éprouvé un profond chagrin de la mort de nos vénérés maîtres M. le professeur Tarnier et M. le Dr Gingeot, dont nous avons été l'élève à l'hôpital Laennec. Nous n'oublierons jamais la bienveillance qu'ils montrèrent à notre égard. M. le professeur Tillaux a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, qu'il soit assuré de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire.

Nous prions MM. les professeurs Jaccoud, Hutinel et Rendu, Duplay et Campenon, Budin et Maygrier de vouloir bien agréer notre respectueuse gratitude.

Nous tenons à remercier tout particulièrement nos maîtres MM. les professeurs agrégés Bonnaire, Thiroloix, Vaquez et M. le Dr Dreyfus-Brisac pour la bien-

veillance, qu'ils n'ont jamais cessé de nous témoigner pendant notre long séjour à la Faculté et dans les hôpitaux.

Qu'il nous soit permis enfin de remercier bien sincèrement MM. les Drs Cazin, Clado et Motz qui ont été pour nous les conseillers les plus précieux et nous ont toujours guidé avec bienveillance dans le cours de nos études cliniques.

FRÉQUENCE DES DIFFÉRENTES VARIÉTÉS DES TUMEURS VÉSICALES

Pour nous faire une idée de la fréquence des différentes variétés des tumeurs vésicales, nous allons analyser dans ce premier chapitre les opinions, qu'à ce sujet, ont émises quelques-uns des auteurs qui se sont spécialement occupés de cette intéressante question :

D'après Küster la tumeur la plus fréquente de la vessie est sans doute le polype vilieux, (fibrome papillaire de Virchow, papillome de Kraemer). Cependant les opinions de divers auteurs sont très différentes à cet égard.

Ainsi nous trouvons dans le *Traité des tumeurs de la vessie* de Clado les opinions contradictoires des urologistes les plus autorisés.

Notre éminent maître, M. le professeur Guyon, exprime l'avis que les tumeurs malignes l'emportent en fréquence sur les tumeurs bénignes.

Le professeur Frisch, de Vienne, pense au contraire que les tumeurs bénignes sont plus fréquentes.

Le professeur Dittel, de Vienne, croit que le nombre des tumeurs malignes dépasse de beaucoup celui des tumeurs bénignes vésicales, mais que la vulgarisation de la cystoscopie permettra un diagnostic précoce de cer-

tains cas bénins qui se seraient transformés ultérieurement en malins.

Le professeur Englisch, de Vienne, déclare que d'après son expérience les néoplasmes malins sont plus fréquents que les bénins.

Le professeur Oberlaender, de Dresde, croit qu'au moins les $\frac{2}{3}$, peut-être les $\frac{3}{4}$ des tumeurs de la vessie, sont malignes. La moitié des tumeurs vésicales seraient des carcinomes, le troisième quart serait représenté par des sarcomes et des papillomes, quelques-uns de ces derniers, et peut-être tous, pouvant devenir carcinomateux avec le temps.

Le Dr Hanc, de Vienne, pense que la moitié des néoplasmes de la vessie sont malins.

D'après le Dr Kummel, de Hambourg, il y en aurait six de malins pour cinq bénins.

M. Albarran est encore plus pessimiste ; se basant sur ses statistiques, il attribue une énorme prépondérance aux tumeurs malignes, (6 contre 1 sur 88 cas) épithéliome, sarcome ou myxome, sur les tumeurs épithéliales typiques et les myomes.

La statistique de M. Clado, comportant plus de 400 cas lui a donné une proportion à peu près égale de tumeurs malignes ou bénignes.

Cet auteur pense que dans cette question on ne formule généralement pas avec une précision suffisante la nature histologique des pièces examinées, et que la divergence des opinions, dérive plutôt d'une confusion de langage que du hasard des séries dites heureuses ou

malheureuses. Beaucoup d'auteurs considèrent le papillome de la vessie comme une tumeur maligne.

Cela est vrai au point de vue de l'évolution clinique et de la récurrence, mais cela est inexact au point de vue histologique. Tant que la paroi vésicale n'est pas infiltrée, la tumeur reste bénigne, non infectante, et tel est le cas du papillome. Pour M. Clado, les néoplasmes bénins sont aussi fréquents que les néoplasmes primitivement malins.

Thompson, l'éminent urologiste anglais, dans une de ses communications, dit que sur 100 tumeurs vésicales, il a trouvé 40 tumeurs malignes et 60 bénignes.

Nitze dans deux tiers des cas a trouvé des tumeurs bénignes.

Enfin, M. le D^r Motz a examiné au point de vue histologique 87 tumeurs vésicales qui ont été opérées soit à la clinique de Necker, soit par M. le Professeur Guyon dans sa clientèle particulière.

Voici les résultats de ses recherches :

Papillome.	25 cas.
Epithél. papillaire	20 »
— lobulé	12 »
— tubulé	6 »
Cancer.	13 »
Cancroïde	5 »
Adénome avec dégénérescence épithélio- mateuse.	3 »
Fibro-myome	2 »
Myome.	1 »

Comme M. Clado, M. Motz cherche lui aussi à quoi il

faut attribuer la différence si considérable dans les résultats obtenus par les divers auteurs que nous venons de citer. Il pense que ni les statistiques mentionnées plus haut, ni la sienne, ne donnent les chiffres exacts de la fréquence des différentes variétés de tumeurs vésicales.

Comme M. Motz, nous pensons que le nombre de chaque variété de néoplasmes vésicaux dépend surtout des conditions dans lesquelles ils ont été recueillis. On pourrait dire *à priori* que la quantité de tumeurs malignes est beaucoup plus grande dans les statistiques faites à la clinique de Necker, que par exemple dans la statistique de Nitze.

Les conditions de traitement des malades dans ces deux cas sont absolument différentes.

A la clinique de Necker nous avons les pièces anatomiques des cas opérables et non opérables qui viennent aux derniers moments de leur vie ; la statistique de Nitze, au contraire, ne donne que l'examen histologique des tumeurs opérées.

Mais en dehors de la question de l'hospitalisation des malades il faut prendre aussi en considération la technique opératoire qui joue ici un grand rôle. Nitze opère la grande majorité de ses malades à l'aide de son endoscope, il opère par conséquent tous les cas de tumeurs opérables, tandis que dans les services où on fait dans ces cas la taille hypogastrique, beaucoup de malades ne se laissent pas facilement opérer. Sans faire des recherches complètes dans les archives de la clinique de Necker, M. Motz a trouvé qu'en l'espace de cinq ans, 17 malades

porteurs de tumeurs vésicales insignifiantes n'ont pas voulu se laisser opérer.

Voilà déjà 17 cas qui pourraient être probablement ajoutés au nombre de nos tumeurs bénignes.

Il ne faut pas croire, continue M. Motz, que ces malades forcés par les symptômes graves se trouveront un jour entre les mains de chirurgien qui retrouvera leur papillome ; ces malades peuvent profiter de la guérison spontanée dont les preuves indiscutables ont été apportées en octobre 1897 à « l'association française d'urologie », ou leurs tumeurs primitivement bénignes peuvent se transformer en tumeurs malignes.

Il ne faut pas non plus s'étonner de ce fait que M. Albarran ait trouvé, il y a 8 ans, à la même clinique la proportion de tumeurs malignes beaucoup plus grande que M. Motz.

La statistique de M. Albarran se rapporte à l'époque où une intervention chirurgicale sérieuse effrayait encore les malades. Ce n'est que la gravité exceptionnelle des symptômes qui les obligea à se laisser opérer.

En résumé, comme on le voit, la fréquence des tumeurs malignes de la vessie est beaucoup plus grande que celle des tumeurs bénignes.

ORIGINE DES TUMEURS VÉSICALES

Après avoir reconnu la plus grande fréquence des tumeurs malignes de la vessie, recherchons dans ce deuxième chapitre quel est leur point de départ le plus ordinaire.

En ce qui concerne le point de départ des tumeurs vésicales il y a l'opinion de l'Ecole de Necker représentée par MM. Guyon, Abarran et Clado, affirmant que des tumeurs vésicales prennent toujours leur origine dans la vessie même.

Cette Ecole a même très rigoureusement combattu l'opinion contraire de Klebs qui dit que tous les carcinomes de la vessie sont secondaires et proviennent de la prostate, du col de l'utérus ou du rectum, et que dans aucun cas une tumeur primitive de la vessie chez la femme ne peut être de nature carcinomateuse.

E. Küster tient le milieu entre ces deux opinions, et nous empruntons à son remarquable article paru dans *Vollkmann's Sammlung Klin. Wochens.* 1886, l'exposé suivant :

Les tumeurs paraissent primitivement se développer dans la vessie ou secondairement par propagation des

organes proches à la vessie, ou encore comme des métastases de tumeurs des organes éloignés.

Les deux dernières formes de développement appartiennent exclusivement aux tumeurs malignes et ont pour le chirurgien un intérêt limité. Le plus souvent ce sont des carcinomes qui proviennent chez les femmes des ovaires, de l'utérus, du vagin, très rarement de l'urèthre, dans les deux sexes du rectum et d'autres parties de l'intestin, situées plus haut.

De vraies métastases, au contraire, sont très rares.

L'intérêt principal pour le chirurgien est dans les tumeurs primitives qui se rencontrent chez la femme exclusivement dans la paroi vésicale, chez l'homme non seulement dans la paroi vésicale, mais aussi dans la prostate.

Les tumeurs de la prostate si différentes qu'elles soient des vraies tumeurs vésicales, sont très difficiles à différencier cliniquement des tumeurs vésicales proprement dites, car les deux peuvent présenter exactement les mêmes symptômes. Pour le moment, en reproduisant l'opinion plus haut citée de Klebs, dit Küster, il faut reconnaître que toutes les tumeurs cancéreuses chez l'homme siégeant dans la région du col vésical sont suspectes, par cela même de prendre leur naissance dans la prostate. Comme d'un côté il n'est pas douteux qu'une partie des tumeurs, considérées comme tumeurs vésicales prenaient leur origine dans la prostate, il est d'un autre côté certain qu'il existe des vrais carcinomes de la vessie. Le carcinome primitif vésical se montre chez la femme, dit Küster, puisque sur 30 cas, il en a trouvé 14 chez la femme.

M. Clado dans le chapitre consacré au carcinome

de la vessie s'exprime de la façon suivante : « Quoi qu'en disent Klebs et Küster l'envahissement de la prostate paraît être rare dans le cancer de la vessie » et plus loin : « De nombreux auteurs ont déjà démontré ce qu'il y avait d'erroné dans cette manière de voir. Cette théorie d'ailleurs tombe devant ce fait que l'épithélioma en question se rencontre aussi [souvent dans la vessie de la femme que chez l'homme » (1).

M. Albarran dit, que sur 220 cas de tumeurs vésicales étudiées par lui il n'a trouvé que cinq fois l'envahissement de la prostate (2).

Cette question paraissait être complètement tranchée quand M. Motz a entrepris des recherches sur les tumeurs de la vessie.

Voici ses résultats en ce qui concerne l'origine des tumeurs vésicales.

M. Motz, en se basant sur l'examen de 130 tumeurs vésicales observées à la clinique de Necker pense que contrairement à l'opinion de Klebs, la grande majorité de ces tumeurs est d'origine vésicale. Ce sont surtout les papillomes, les épithéliomas formés de cellules urinaires et les cancroïdes dus à des inflammations prolongées.

Il conteste l'affirmation de Küster qui a compté 14 cancers de la vessie chez la femme, sur 20 tumeurs observées. M. Motz pense que c'est une statistique faite d'après les publications des cas opérés sans l'examen histologique sérieux.

1. Glado. *Traité des tumeurs de la vessie*, 1895, p. 121.

2. Albarran. *In Traité de chirurgie*, de Le Dentu et Delbet, 1900, t. II, p. 683.

Sur 21 tumeurs de femme, il a trouvé un vrai cancer, deux cancroïdes et 16 tumeurs d'un type urinaire et 2 sarcomes.

La rareté des tumeurs primitives malignes chez la femme est prouvée encore par ce fait que dans le musée Guyon, où on garde toutes les tumeurs trouvées à l'autopsie, sur 63 pièces, trois seulement appartiennent aux femmes.

En admettant l'existence des infiltrations des parois vésicales par les épithéliomas urinaires et par les papillomes dégénérés, M. Motz prouve que la plupart des tumeurs vésicales infiltrées appartient à la variété des tumeurs prostatovésicales. Sur 38 cas de ces tumeurs, dans 28 cas (73 0/0) la lésion néoplasique était prostatovésicale.

La rareté des vrais cancers vésicaux chez la femme, leur grande fréquence chez l'homme avec la présence de lésions identiques dans la prostate, sont en faveur d'après M. Motz, de l'origine prostatique de la plus grande majorité des tumeurs infiltrées de la vessie.

GUERISON SPONTANÉE DES TUMEURS DE LA VESSIE

Maintenant que nous sommes fixés sur la nature des tumeurs, sur leur fréquence et sur leur point d'origine, nous allons dans ce chapitre essayer de les suivre dans leurs différentes évolutions et nous nous arrêterons en passant sur l'importante question de la guérison spontanée de certaines d'entre elles.

La marche des tumeurs de la vessie, toujours progressive, subit quelquefois des temps d'arrêt tels, que les symptômes semblent rétrocéder et on assiste dans ces cas à une guérison apparente.

Il est difficile d'expliquer ces faits ; aussi M. Desnos a-t-il cru devoir rapporter 4 observations dans lesquelles il a pu, grâce à l'examen cystoscopique, suivre l'évolution de ces tumeurs.

Il a été assez surpris de constater chez ces 4 malades une diminution progressive de la production néoplasique, coïncidant avec une atténuation de l'intensité des symptômes.

Les observations de ce genre accompagnées d'un examen direct sont assez rares, cependant il existe un exemple rapporté par Nitze et nettement représenté dans son

atlas de cystophotographie. On y voit, comme dans les cas de M. Desnos, une tumeur plus ou moins frangée au moment d'un premier examen ; tandis qu'un examen ultérieur, pratiqué quelques mois plus tard, montre qu'elle a diminué peu à peu pour se réduire à une sorte de tronc du pédicule très large qui, lui-même tend à s'affaïsser.

Voici d'ailleurs les observations sur lesquelles M. Desnos s'appuie :

Observation I. — Thomas H..., âgé de 63 ans, négociant, ne présente aucun accident héréditaire. Il a eu à l'âge de 18 ans une blennorrhagie qui n'a pas laissé de traces et n'a pas ressenti depuis lors de troubles du côté de l'appareil urinaire, jusqu'à l'âge de 48 ans. A ce moment, sans cause appréciable, il fut un jour très étonné de voir que l'urine qu'il rendait était rouge, teinte qui augmenta aux mictions suivantes de la même journée et du lendemain.

Ce phénomène disparut brusquement comme il était venu et pendant 4 ans tout rentra dans l'ordre. Une deuxième hématurie apparut alors, soudaine, abondante, et pendant trois jours les urines furent sanglantes. Trois ou quatre ans s'écoulèrent encore sans hématuries, puis celles-ci apparurent de nouveau et se rapprochèrent. Depuis 3 ans d'autres symptômes se firent ressentir ; une hématurie plus abondante que les précédentes amena la formation de caillots, d'où une rétention de quelques heures suivie de l'expulsion douloureuse de ceux-ci. Ce fut le signal de fréquentes envies qui persistèrent pendant plusieurs jours.

Depuis lors, la fréquence resta assez grande et le malade

fut obligé d'uriner toutes les deux heures. Dans l'intervalle des mictions ses urines restaient limpides. 18 mois environ après, nouvelle hématurie et depuis lors la cystite devient de plus en plus prononcée. L'examen cystoscopique fait le 6 novembre 1895, très imparfait dans ces conditions, permet d'apercevoir une production mamelonnée qui semble mobile, puis le liquide se colore fortement et masque le champ visuel. Par le toucher rectal, on constate que la prostate est normale ; au-dessus d'elle, le bas-fond vésical est sensible à la pression et non distendu.

Le 22 novembre. — Des instillations de nitrate d'argent à 1/100 pratiquées sur le col vésical et dans la vessie, amènent rapidement une amélioration de la cystite telle, que les mictions beaucoup moins douloureuses ne se renouvellent plus que toutes les 4 heures 1/2 environ, les hématuries persistent bien qu'atténuées. Un nouvel examen cystoscopique est alors pratiqué et fait voir, implantée sur la partie latérale gauche du bas-fond, un peu en arrière de l'uretère gauche, une production supportée par un pédicule grêle, frangée, de la grosseur d'une noisette environ, qui flotte dans le liquide et s'agite vivement pendant qu'on pratique une irrigation vésicale. M. Desnos substitue alors aux instillations des lavages de la vessie, peu copieux, avec une solution boriquée d'abord puis immédiatement après, avec une solution de bleude méthylène à 1 0/0 dont on abandonne quelques grammes dans la vessie.

Le 6 décembre. — Le malade apporte un fragment qu'il a expulsé dans une miction et qui est gros comme l'extrémité du petit doigt ; quand on l'immerge, des franges s'étalent et flottent.

M. Desnos pratique de nouveau un examen cystoscopique et trouve la tumeur diminuée de moitié ; le pédicule se voit très nettement.

On continue les injections intra-vésicales au bleu de méthylène.

23 décembre. — L'hématurie ne s'est représentée qu'une seule fois et de nouvelles expulsions de petits fragments de tumeur ont eu lieu à diverses reprises ; mais avant-hier le malade a encore rendu une masse volumineuse. Un examen cystoscopique pratiqué trois jours après, montra la disparition complète de la dernière masse épithéliomateuse ; on voit flotter à sa place un filament assez court qui n'est autre que le pédicule.

Le 25 janvier 1896, le malade est revu ; il ne conserve plus qu'une légère fréquence de mictions, urinant toutes les 2 heures 1/2 environ ; l'hématurie ne s'est plus reproduite. M. Desnos n'a pas pu pratiquer de nouvel examen cystoscopique. Neuf mois se sont passés dans un état de santé parfaite et sans récidence, quand il y a huit jours, une hématurie abondante a reparu subitement, sans cause. Au cystoscope on constate une reproduction de la tumeur, moins frangée, moins mobile et pourvue d'un pédicule moins allongé. Deux mois après, une nouvelle hématurie et retour de la purulence des urines avec les autres symptômes de cystite. Des injections de bleu de méthylène sont renouvelées, à la suite desquelles la cystite s'améliora. Au mois de janvier 1897, la cystite avait diminué, quoique la fréquence et la douleur aient persisté à un certain degré, la tumeur est restée stationnaire, mais elle semble de moins en moins pédiculée. Le 15 mars le malade est revu en pleine hématurie, rendant

l'examen cystoscopique impossible ; la cystite a légèrement augmenté d'intensité.

Observation II. — Mme Fet... âgée de 71 ans, rempailleuse de chaises, paraît avoir eu, il y a vingt ans, une cystite. Il y a 5 ans apparaît une hématurie qui dure de 4 à 5 jours et qui fit perdre une quantité considérable de sang. Il y a six semaines, nouvelle hématurie brusque, sans cause, qui dure un jour : enfin la troisième hématurie eut lieu avant-hier et dura également 24 heures. Actuellement existent des mictions douloureuses qui ont persisté depuis l'apparition de la cystite, et se sont aggravées peu à peu, devenant surtout plus impérieuses.

La malade a beaucoup maigri depuis quelque temps, l'appétit est conservé. La vessie sensible au contact soit pendant le cathétérisme, soit par le toucher vaginal, l'est moins à la distension et admet une quantité de liquide suffisante pour l'examen cystoscopique.

Celui-ci pratiqué pour la première fois le 10 janvier 1894, fit voir une masse non pédiculée, assez saillante, mamelonnée largement, mais non frangée ; la muqueuse vésicale présente des lésions de cystite intense et une desquamation générale. Les urines, dans l'intervalle des hématuries, sont troubles, contiennent des filaments abondants en suspension et laissent au fond du vase, après repos, un dépôt purulent épais.

Les injections intra-vésicales d'une solution de bleu de méthylène à 10 0/0 sont faites régulièrement tous les deux jours. Dès le troisième lavage, les urines s'éclaircissent, les mictions sont moins douloureuses ; il y a cependant eu après

le troisième lavage une hématurie assez abondante qui a duré toute une journée.

Le 15 février. — 8 lavages ont été faits; les urines sont presque constamment claires et la vessie peut contenir 120 gr. de liquide sans réagir. Un nouvel examen cystoscopique permet de constater l'effacement des saillies mamelonnées qui recouvraient la tumeur. On continue le traitement pendant un mois environ.

Le 12 mars. — L'état local est excellent, la cystite a presque complètement disparu et la malade ne se lève plus que 2 fois la nuit.

Deux très légères hématuries ont encore eu lieu.

Le cystoscope montre un effacement plus complet encore des saillies mamelonnées; la muqueuse vésicale, dans tout le reste de la vessie, est encore un peu tomenteuse et vascularisée autour du col.

Pendant les six semaines suivantes, les lavages vésicaux au bleu de méthylène n'ont plus lieu que tous les huit jours. Vers le commencement de mai, un examen est encore pratiqué et permet de constater la disparition complète des bosselures: on ne voit plus, au niveau de la tumeur primitivement observée, qu'une saillie encore nettement prononcée, mais pour laquelle on hésiterait à porter le diagnostic de tumeur vésicale si on l'examinait pour la première fois. La malade n'est plus revue qu'au mois de novembre 1894 et est restée tout ce temps sans aucun soin. Il y a un mois environ, une nouvelle hématurie très abondante se produisit et s'accompagna les jours suivants, d'un retour violent de cystite, sans que la malade ait été sondée; elle resta trois semaines environ dans cet état, présentant des hématuries très abondantes

et fréquentes sans qu'elle puisse en préciser le nombre.

La douleur vésicale est trop violente pour pratiquer un examen cystoscopique le jour même.

Mais après trois lavages au bleu de méthylène, le 20 novembre, on examine la vessie et on retrouve une reproduction de la tumeur qui a repris un aspect mamelonné, exubérant à la périphérie.

Pendant 6 semaines le traitement est suivi régulièrement : le 6 janvier un dernier examen montre de nouveau la disparition des franges et un aspect lisse de la tumeur.

A partir de ce moment, la malade ne vient plus qu'à des intervalles irréguliers, puis est perdue de vue.

Observation III. — M. B., négociant, âgé de 48 ans. Le 15 septembre 1894, M. Desnos pratique un examen cystoscopique et est fort surpris de trouver une tumeur assez volumineuse, implantée presque exactement sur la ligne médiane, et assez développée pour cacher les orifices urétéraux : elle est mobile ; un courant d'irrigation lui imprime des mouvements prononcés, sans toutefois mettre le pédicule à découvert. Des lavages au bleu de méthylène à 1/100 ont amené l'expulsion d'un fragment volumineux, frangé, de la tumeur.

Les lavages furent continués et d'autres petites masses, dont l'examen histologique détermina la nature épithéliomateuse, furent rendues successivement pendant la miction. Six semaines après le début de ce traitement, le cystoscope montrait une disposition presque complète de la tumeur dont il ne restait plus qu'un pédicule assez large, surmonté de quelques saillies mamelonnées. Un an après, le malade a

eu de nouveau une hématurie dont il se préoccupa très peu mais ce n'est que six mois environ après que des nouvelles hématuries légères s'étant montrées accompagnées de besoins fréquentes et douloureux qu'il se décida à aller voir M. Desnos le 10 avril 1896. Le cystoscope montra alors que la tumeur s'était reproduite à peu près dans les mêmes conditions et sous le même aspect que lors du premier examen. Un mois après le cystoscope réintroduit, ne montra pas de changement dans la disposition de la tumeur, toujours aussi volumineuse et surmontée de franges peut-être plus saillantes. M. Desnos proposa l'extirpation de la tumeur. L'opération fut acceptée, et la section hypogastrique fut pratiquée. Après l'ouverture de la vessie par la taille hypogastrique, M. Desnos trouva une tumeur dans la situation déterminée par le cystoscope, implantée au niveau du trigone, au moyen d'un pédicule assez large : l'exérèse en fut facile, la base d'implantation fut disséquée et suturée. Mais il trouva, disséminés sur la surface vésicale, un assez grand nombre de noyaux durs, jaunâtres, peu saillants qu'il soumit à un curetage énergique. Les suites furent excellentes et au bout de trois semaines, la cicatrisation était complète ; cependant, quelques jours après, une fistule superficielle se produisit pour se fermer aussitôt après l'expulsion d'un petit fragment de gaze pelotonnée. 4 mois se passèrent sans autres symptômes qu'un peu de fréquence de la miction, mais depuis quelques mois des douleurs et d'autres symptômes de cystite se sont montrés de nouveau ; les hématuries n'ont plus reparu. Quant à l'examen cystoscopique, le malade s'y est refusé depuis son opération.

Observation IV. — M. L..., âgé de 76 ans, se présente à M. Desnos le 12 février 1897 pour des hématuries très abondantes.

Vers l'âge de 63 ans les premiers symptômes qui se manifestèrent furent une fréquence insolite de besoins d'uriner, pendant la nuit d'abord, puis pendant la journée. Il fut sondé 2 ou 3 ans après ; les urines se troublèrent bientôt et les mictions devinrent douloureuses.

Des soins antiseptiques, mieux dirigés, firent cesser cet état et ramenèrent la limpidité de l'urine ; il vécut ainsi jusqu'à l'âge de 72 ans, époque à laquelle il eut une première hématurie assez abondante qui dura 3 ou 4 jours. Quelques mois se passèrent, sans que le sang reparut, puis 2 nouvelles hématuries, abondantes toutes deux, à 8 ou 10 jours d'intervalle seulement, se montrèrent subitement et sans cause. Les symptômes d'infection vésicale furent plus marqués depuis ce moment et cédèrent moins facilement aux lavages employés : solution boricquée, permanganate de potasse, nitrate d'argent, etc. Cependant 5 à 6 mois s'écoulèrent sans nouvelles hématuries mais celles-ci affectèrent alors une forme sensiblement différente : il ne se passa guère de semaine sans que du sang ne fût remarqué dans les urines, mais en quantité beaucoup moindre. Depuis quelques mois même, les urines sont plus souvent encore colorées et pendant certaines semaines, toutes les mictions ramènent du sang ; une seule grande hématurie eut lieu il y a six semaines environ ; elle dura 3 jours et pendant ce temps le malade expulsa de nombreux caillots. La cystite ne fit pas de progrès sensibles ; les mictions assez rapprochées la

nuît, réveillent le malade tous les heures environ ; elles sont douloureuses, mais la douleur reste stationnaire depuis longtemps. .

Le 12 février 1897. — M. Desnos constate du côté des voies urinaires l'état suivant : l'urèthre, libre sur tout son parcours, est le siège d'une urétrite chronique ; pendant la traversée de la prostate et celle du col vésical, une douleur assez vive est accusée et s'accroît lorsque la paroi vésicale est heurtée par la boule exploratrice, qui ramène un peu de sang. Une sonde évacuatrice, introduite après une miction, livre passage à 200 grammes environ d'une urine très trouble très légèrement teintée de sang et, à la fin de l'évacuation, à du pus presque pur mélangé de sang.

La prostate est relativement peu développée, à peine sensible au toucher, tandis que le bas fond vésical, facilement accessible, est le siège d'une douleur vive. L'examen cystoscopique est jugé impraticable dans ces conditions, d'autant plus que le maintien d'une sonde dans la vessie amène presque aussitôt l'apparition du sang. L'exploration de la région rénale n'est pas douloureuse et ne révèle rien de pathologique. L'état général est assez bon ; il y a eu un amaigrissement sensible pendant le dernier mois ; mais on ne constate pas d'élévation de température, la langue est normale et l'appétit à peu près conservé. Pendant 10 jours, jusqu'au 22 février, l'évacuation de la vessie est pratiquée régulièrement 3 fois par jour et suivie d'un lavage boricé ; tous les 2 jours on fait un lavage au permanganate de potasse à 1/3000 qui provoque une réaction assez vive.

Une amélioration très rapide se produisit, les mictions devinrent moins fréquentes ; les urines ne furent plus teintées dès le septième jour.

Un examen au cystoscope est alors pratiqué et permet de voir sur le bas-fond de la vessie, à gauche une tumeur mamelonnée, peu volumineuse, qui paraît sessile ; mais presque aussitôt, du sang s'écoule en abondance pendant l'examen même qui fut suspendu.

Des lavages avec une solution de bleu de méthylène sont alors institués. Très rapidement les symptômes s'amendèrent, le malade resta la nuit plus de deux heures sans uriner et la douleur devint très modérée. Quant aux hématuries, elles changèrent de caractère, les urines ne présentèrent plus habituellement de teinte rouge, mais une hématurie abondante qui dura tout une journée, suivit le quatrième lavage au bleu de méthylène. Le 10 mars un examen cystoscopique fit voir un affaissement de la tumeur dont les saillies parurent s'effacer. On continue le traitement pendant six semaines encore ; la cystite disparaît progressivement.

Deux hématuries eurent lieu encore, très abondantes, soudaines, ne durant chaque fois qu'à peine une journée : elles disparurent sans cause.

Le traitement est interrompu pendant quinze jours, jusqu'au mois de mai, époque où on examina de nouveau la vessie au cystoscope. Les saillies mamelonnées ont complètement disparu, la tumeur s'est affaissée, mais elle fait encore une saillie très appréciable et projette une ombre étendue sur la surface vésicale. Cette dernière paraît saine, un peu irrégulière ; sur quelques points on remarque de fines colonnes, sous formes d'élégantes ramifications. On reprend les injections vésicales au bleu de méthylène tous les 3 jours jusqu'à la fin de juin. Pendant toute cette période il n'y eut qu'une hématurie spontanée et relativement peu abondante. Les

mictions maintenant espacées de deux heures environ, ne sont presque plus douloureuses excepté quand le malade a résisté longtemps au besoin : la vessie continue à retenir une certaine quantité d'urine.

Celle-ci est encore un peu louche, mais ne laisse qu'un très léger dépôt au fond du vase. Jamais à aucun moment, on n'a constaté dans les urines l'expulsion d'un fragment de tumeur macroscopiquement appréciable, bien que l'attention du malade eût été appelée sur ce point. Enfin le 26 juillet, un dernier examen au cystoscope a permis de constater l'état suivant : On voit que la tumeur semble s'être éliminée complètement ; elle n'est plus représentée que par une sorte de pédicule, large, non mamelonné, dont la coloration blanchâtre contraste avec le reste de la muqueuse vésicale.

En analysant les observations qui précèdent, nous allons rechercher, et nous pourrions peut-être découvrir, dans quelles conditions une affection qui semblait marcher rapidement vers une issue fatale, s'est tout d'un coup arrêtée et a semblé rétrocéder. Cependant ce n'est ni l'étiologie ni l'anatomie pathologique qui nous en fournissent l'explication ; en effet l'âge de nos malades observés varie de 48 à 76 ans ; nous devons pourtant relever ce fait que les deux malades les plus jeunes, sont ceux qui présentèrent une tumeur pédiculée, et les deux plus âgés, 72 et 76 ans, des tumeurs sessiles ; nous insisterons dans un instant sur les différences que ces tumeurs ont offertes au point de vue de leur évolution. Quant à la disposition anatomique, elle est elle-même des plus variables, et nous avons été en présence de deux types de tumeurs totalement différentes.

Tantôt il s'agit de tumeur à pédicules plus ou moins

longs, tantôt de productions aplaties, étalées et même infiltrées. Bien plus, le malade de l'observation III présentait, en plus de la tumeur pédiculée, d'autres noyaux sur plusieurs points de la vessie, infiltrés et à peine saillants. Dans les deux cas (observation I et III) où l'examen histologique a pu être fait, on a déterminé la nature épithéliomateuse de ces tumeurs. Le processus d'affaissement et de disparition n'a pas été le même dans tous les cas ; deux fois les malades ont rendu à plusieurs reprises, une masse plus ou moins considérable de débris, sous forme, tantôt de productions frangées assez cohérentes pour flotter dans le liquide où on les immergeait, tantôt de petites masses informes où le microscope seul retrouvait la structure de l'épithélioma. Ces sortes d'expulsions spontanées sont relativement fréquentes en présence du cancer de la vessie. On les considère, en général, comme l'indice d'une tumeur parvenue à un degré avancé de développement ; aussi leur issue par les voies naturelles n'est pas habituellement regardée comme étant d'un pronostic bénin.

On comprend comment les parties terminales des franges, se détachant seules laissent la masse de la tumeur proliférer, et, en effet, ces franges allongées n'appartiennent, en général, qu'à des tumeurs volumineuses. C'est aussi ce que nous avons constaté chez les deux malades (Observ. I et III) au moment d'un premier examen cystoscopique, chez l'un d'eux ces examens ont pu être fréquemment répétés et nous avons assisté à la disparition progressive de ces franges qui, en moins d'un mois, n'ont plus laissé qu'un mince pédicule presque filiforme flottant

dans la masse liquide, et non surmonté de franges. Chez les deux autres malades, le mécanisme de l'élimination du néoplasme a été tout autre ; ce dernier était, dans un cas, complètement sessile, comme infiltré ; et dans l'autre, muni d'une sorte de pédicule très large, surmonté d'une masse étendue, mamelonnée, qui le recouvrait et occupait le fond de la vessie. Dans ces deux cas, on l'a remarqué (dans les observ. II et IV) l'élimination s'est faite lentement d'une manière presque insensible. Deux fois seulement, il s'est trouvé dans l'urine des petites masses trop petites pour qu'un examen histologique ait pu être affirmatif, mais qui semblaient provenir d'un épithélioma. Les recherches cystoscopiques ont pu être renouvelées assez souvent pour constater la disparition progressive, lente, mais très régulière, de la tumeur qui bientôt ne fut plus représentée que par une sorte de souche, de tronc, dont la coloration et la surface sont restées d'ailleurs bien distinctes du reste de la muqueuse vésicale.

Au point de vue clinique, les circonstances dans lesquelles s'est faite l'élimination sont des plus intéressantes. En effet, c'est toujours au cours d'un traitement dirigé contre l'infection vésicale que ce phénomène s'est produit et c'est toujours aussi au moment où l'amélioration se manifestait que la tumeur s'est affaissée. Chez le malade de l'observ. III, il y eut au cours du traitement une reprise de cystite, c'est aussi à ce moment qu'on vit les progrès de l'élimination s'arrêter, puis des franges envahir de nouveau la vessie. Dans tous les cas observés, c'est pendant la période la plus aseptique que l'amélioration fait les plus

grands progrès ; donc il semble que l'infection vésicale favorise le développement des productions néoplasiques. La physionomie de l'hématurie est également influencée par ces modifications du milieu intra-vésical. Tant que la cystite est intense, la présence du sang dans les urines est presque constante ; ce dernier, peut ne s'y rencontrer qu'en petite quantité, mais ces expulsions de sang, presque toujours terminales, manquent rarement. Au contraire, lorsque la cavité redevient aseptique, on voit les hématuries s'espacer, mais elles augmentent d'abondance et reprennent, en un mot, les caractères classiques, si bien établis par M. le professeur Guyon, qu'on observe chez les néoplasiques.

Cette influence a été des plus manifestes chez le malade de l'observ. III qui n'a présenté longtemps que des symptômes d'urétro-cystite, avec une légère hématurie terminale, et chez qui le néoplasme vésical a été découvert presque par hasard, au cours d'un examen cystoscopique. M. Desnos parle, dès le début, de temps d'arrêt dans la marche de l'affection, car, bien entendu, il ne saurait être question de guérison définitive. Le malade chez qui nous avons vu la tumeur s'éliminer en masse et un pédicule grêle flotter dans le liquide, resta neuf mois sans ressentir, aucun symptôme. Un autre a dû être opéré au bout d'une année et demie de guérison apparente. Enfin les deux derniers qui sont très âgés, conservent une tumeur affaissée, sessile, qui ne donne lieu qu'à de vagues symptômes.

La thérapeutique joue-t-elle un rôle dans cette élimination ? Il n'y a aucun doute, si on considère la constance

avec laquelle l'élimination s'est produite pendant la période aseptique. L'agent thérapeutique lui-même n'est peut-être pas indifférent.

En effet, tous ces malades ont été traités par des injections vésicales de bleu de méthylène ; malgré les propriétés qu'on lui a attribuées, ce n'était pas comme un agent dirigé spécialement contre la production néoplasique, mais comme antiseptique que M. Desnos l'a employé. Nous serons d'ailleurs d'autant plus réservés sur l'appréciation de ces faits, dit M. Desnos, que nous avons traité ainsi un assez grand nombre d'autres néoplasmes vésicaux infectés ; nous avons obtenu facilement l'asepsie de la vessie, mais sans produire la moindre atrophie de la tumeur.

Ainsi que M. Desnos, nous pensons que ce sont là des faits assez rares, mais nous croyons utile de les reproduire et de les signaler dans notre étude, car ils prouvent qu'on doit toujours être réservé, en portant un pronostic sur une tumeur vésicale ; enfin ces faits démontrent une fois de plus l'utilité du cystoscope en présence d'une tumeur vésicale, non seulement pour en diagnostiquer la présence, le siège et l'étendue, mais pour en suivre les progrès et déterminer le moment où une intervention chirurgicale devient indispensable.

On verra plus loin que nous sommes d'avis que le cystoscope peut aussi rendre de grands services comme moyen de traitement.

L'indication de l'intervention chirurgicale n'est d'ailleurs pas modifiée par l'étude de ces quelques faits, qui sont trop exceptionnels, pour qu'on puisse compter sur une aussi favorable évolution.

Les tumeurs de la vessie évoluent dans beaucoup de cas avec une grande rapidité et il est notoire, que même les tumeurs anatomiquement bénignes deviennent tôt ou tard d'une gravité extrême et conduisent fatalement à la mort. Comme nous venons de le signaler, la guérison spontanée par expulsion complète des masses néoplasiques est d'une rareté extrême.

En résumé, comme on le voit, tous les auteurs sont unanimes à considérer le pronostic des tumeurs vésicales comme très grave.

TRAITEMENT

Nous avons vu que la tumeur de la vessie, quelle qu'en soit la structure, doit être considérée comme une affection de haute gravité, justiciable par conséquent d'une prompt intervention; on peut donc poser en principe que, chaque fois que cela paraît possible, une tumeur vésicale doit être extirpée aussitôt qu'elle est diagnostiquée.

Nous allons passer en revue les divers procédés de traitement en nous arrêtant plus longuement sur le traitement par la méthode endoscopique, dont le perfectionnement a fait de grands progrès grâce à M. Nitze.

Extirpation simple du néoplasme par la taille périnéale ou hypogastrique sans résection de la paroi vésicale.

Pour arriver à extirper la tumeur, on employait jadis la taille périnéale qui a été défendue pendant longtemps par l'éminent urologiste anglais, Thompson, procédé d'ailleurs complètement abandonné de nos jours.

M. Max Nitze se demande avec raison comment on a pu si longtemps tolérer ce mode opératoire ?

M. Clado s'exprime de la façon suivante :

« La cystostomie périnéale, en effet, n'est pas de notre

temps. Opération difficile, laborieuse, intéressant des veines volumineuses et des artères d'assez fort calibre, occasionnant de grandes pertes de sang, elle expose encore aux hémorrhagies secondaires. La plaie opératoire est exposée aux germes infectieux provenant de l'anus ou de l'urine ; aussi entraîne-t-elle fatalement la suppuration et souvent des fistules interminables. Peut-elle être de quelque utilité au point de vue de l'extirpation de la tumeur ? Evidemment non. En admettant qu'elle permette de reconnaître l'existence d'un néoplasme, peut-on se servir de la voie ainsi créée pour procéder à l'ablation ? Comment serait-il possible d'extirper une tumeur proprement à travers une pareille boutonnière ? Et, s'il faut, en définitive, recourir à la taille haute, à quoi bon avoir pratiqué l'ouverture périnéale, puisque la cystostomie suspubienne remplit parfaitement les conditions requises pour l'exploration digitale. D'autre part, si la recherche d'une néoplasie est restée négative, le malade devra attendre la cicatrisation de sa plaie dans des conditions qui ne peuvent qu'aggraver l'affection qui a simulé la tumeur vésicale ? En définitive, l'exploration digitale de la vessie ne peut se faire utilement que par deux voies : par l'urèthre chez la femme ; chez l'homme, par la région hypogastrique. En somme, l'opération de Thompson se résume en ce qu'on appelle depuis longtemps en France : la boutonnière périnéale, que Bouisson et Dolbeau essayèrent de faire accepter ». M. Legueu, dans le *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, dans un article consacré aux tumeurs de la vessie, explique pourquoi la taille périnéale est de plus en plus abandonnée, tandis que la taille hypo-

gastrique prend de jour en jour plus de place dans les interventions chirurgicales : « La taille hypogastrique, dit M. Legueu, est actuellement une opération courante, la taille périnéale ne reste que comme une opération d'exception et est exclusivement réservée au drainage de la vessie, drainage effectué à l'aide de la dilatation, mais sans section.

La taille périnéale présente cet inconvénient, qu'elle est avant tout une opération aveugle : au fond d'une plaie anfractueuse, on ne voit pas ou on voit mal ce que l'on fait.

La section se fait au hasard, elle porte sur la vessie et sur la prostate, mais on ne sait ce qu'elle touche, on ne sait exactement ce qu'elle respecte, les canaux éjaculateurs sont presque toujours intéressés ».

En France, la boutonnière de Thompson ne fut guère pratiquée que par Sabatier, de Lyon (*Revue de Chir.*, juillet 1885), par Horteloup (*Progrès Méd.*) et par le professeur Guyon (*Leçons sur les maladies de la vessie et de la prostate*, p. 192), qui trouva le procédé peu pratique.

Pendant ce temps, la taille hypogastrique grâce aux travaux de Petersen (*Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Chir.*, 1880) était sortie de l'oubli. Les premiers succès de Billroth, Volkmann et Kocher (en 1874) ont beaucoup contribué à vulgariser ce procédé d'intervention.

Les accidents de la taille hypogastrique sont exceptionnels. Pendant la distension vésicale, le réservoir urinaire peut se rompre ; la déchirure sous-péritonéale dans presque tous les cas étant suivie de l'intervention immé-

diate, n'est qu'une complication sans gravité. Mais si la rupture est intrapéritonéale, la mort est la conséquence de cet accident.

En général, il est dû à une intolérance vésicale qui ne permet pas la distension, la vessie se contracte brusquement sur son contenu et se rompt : de là une contre-indication de la taille dans certaines vessies douloureuses qui ne peuvent supporter quelques grammes de liquide.

Le péritoine peut être blessé ; cet accident n'est, en général suivi d'aucune complication, si l'on opère aseptiquement. Quant aux hémorrhagies, elles sont rares et peu inquiétantes.

Parmi les accidents consécutifs, il n'y a guère à redouter que l'infiltration d'urine et la persistance d'une fistule ; on se mettra à l'abri de ces accidents en assurant le drainage parfait de la vessie et en ne laissant pas les tubes trop longtemps en place.

On voit par ce que nous venons de dire que les principaux avantages de la taille hypogastrique, sont d'opérer à ciel ouvert et de voir ce qu'on fait, et la perspective de la réparation immédiate de la plaie par la suture de la vessie : d'où sa supériorité évidente sur la taille périnéale.

La taille périnéale et la taille hypogastrique bornées à l'extirpation simple des tumeurs ont été considérées comme insuffisantes, et la tendance à faire une opération plus radicale a poussé les chirurgiens à faire la résection plus ou moins large des parois vésicales.

RÉSECTION PARTIELLE ET TOTALE DES PAROIS VÉSICALES

Enfin, nous dirons quelques mots de la résection partielle et totale de la vessie.

En 1881 Sonnenburg pratiqua la première résection partielle de la vessie pour un néoplasme (*Berl. Klin. Woch.* 1884 p. 834). Avant lui Norton (1879) avait déjà pratiqué avec succès la résection partielle de la vessie, mais cette opération pratiquée par la voie vaginale, n'eut guère de retentissement. Albarran a recueilli 20 observations de résection partielle de la vessie (*Norton, Trans. chir. Soc.*, 1879, 9 mai).

Le prof. Brandenheuer de Cologne a fait la 1^{re} résection totale de la vessie en 1887 (*Centr. f. Chir. Beilage*, avril 1894), le malade mourut au 14^e jour ; d'urémie. A l'autopsie on trouva l'uretère gauche complètement oblitéré et de l'hydronéphrose gauche ; la cavité de la plaie était fermée et il n'y avait pas trace d'inflammation. Deux autres cas dont 1 guérison, l'autre mort après 5 mois ; de récurrence au niveau des vésicules séminales. Gussenbauer (1 cas pour cancer ; 2 observ. 1 mort par intoxication iodoformée ; 2 en traitement pour fistule.

A Pawlick, de Prague, est dû le premier succès. En

août 1889, il enleva la vessie à une femme de 56 ans, 11 mois après une intervention par le vagin. Double fistulisation urétéro-vaginale, puis 24 jours après, taille hypogastrique, isolement de la vessie, et terminaison par la voie vaginale, avec création d'une nouvelle vessie aux dépens du vagin. M. Albarran qui a examiné cette femme au congrès de Berlin en 1890, dit dans son ouvrage sur les tumeurs de la vessie : « malgré une fistule vaginale, le résultat opératoire était pourtant remarquable ; et j'ai gardé un durable souvenir de cette femme valide et bien portante, qui me montrait dans un bocal sa vessie parsemée de petits épithéliomas ». Deux ans et demi après l'opération, la malade allait bien, la fistule était fermée, et il n'y avait plus d'incontinence.

Le professeur Küster a extirpé la vessie dans un cas malheureux, où il s'agissait d'un cancer de la prostate faisant saillie dans la vessie, et on comprend le résultat peu favorable d'une opération compliquée de prostatectomie.

Kummel a fait la résection totale pour un cancer de la paroi postérieure de la vessie chez une femme de 60 ans. L'uretère droit fut suturé à l'orifice interne de l'urèthre, après cathétérisme urétérale préalable. Collapsus le jour suivant et mort.

Kosinski a eu un succès. Il s'agissait d'une femme ayant un cancer de l'utérus propagé à la vessie. Kosinski pratiqua l'hystérectomie et l'ablation vésicale. Uretéro-vaginostomie. Guérison.

M. Albarran a eu un succès en opérant une femme atteinte d'une néoplasie vésicale probablement cancéreuse.

La malade mourut 48 heures après l'intervention. En résumé sur 6 cas nous avons 4 morts et 2 guérisons.

Observation de M. Albarran. — Perrigal Marianne, 51 ans, femme de ménage, entrée le 27 avril 1896, salle Laugier, lit n° 28.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — A 28 ans, fluxion de poitrine, à 32 ans, névralgie sciatique gauche. Trois accouchements dans de bonnes conditions. Enfants bien portants. A 42 ans, douleurs lombaires exagérées au printemps et en automne, et qui l'obligeaient à s'aliter pendant huit ou dix jours.

Pas de pertes blanches, ni pertes sanguines.

A 48 ans, ménopause. Les douleurs lombaires ont disparu. Picotement au moment des mictions. En mars 1894, le travail la gênait, mais elle travaillait toujours.

A la suite d'excès de travail, en juin 1895, hématurie terminale (au début, urine claire), finit par du sang pur, peu abondant.

En septembre 1895. — Gravières, petits grains jaunes, de consistance molle, se durcissant en se desséchant. Dès le mois de juin, l'hématurie terminale se répétait à chaque miction.

La malade n'a pas cessé de travailler. Parfois l'hématurie cessait pendant 15, 20 jours.

Dès le mois de septembre 1894, la malade avait des graviers dans ses urines ; pendant les périodes sans hématuries, il n'y avait pas de graviers. En octobre 1895, sans avoir travaillé plus que d'habitude, elle a une hématurie abondante,

sans avoir à peine senti le besoin d'uriner, elle recueille un demi verre de sang avec de gros caillots et un peu d'urine:

Huit jours après, nouvelle hématurie, 5 gros caillots pendant la miction. Malgré cela la malade continue à travailler.

L'hématurie redevient plus abondante et terminale, mais elle n'a jamais cessé depuis. Les graviers étaient rares, disparaissaient pendant 2 à 3 semaines.

Les mictions sont douloureuses immédiatement après, et la douleur s'apaise après 10 minutes environ. Fréquence 8 fois le jour, 2 fois la nuit, en moyenne.

Le 16 février. — Elle se croyait tout à fait guérie n'ayant plus d'hématuries.

En mars, mictions plus fréquentes, hématurie à toutes les mictions.

En mai, à l'exploration, col de l'utérus conoïde regardant en avant. Utérus dans le cul-de-sac postérieur et petit.

Dans le cul-de-sac antérieur et un peu à droite, on sent une induration non douloureuse, non mobile, et susceptible d'être prise entre les doigts de l'abdomen et les doigts vaginaux.

Par le toucher vaginal on sent la cloison vésico-vaginale indurée et en même temps par le double palper des nodosités.

Examen cystoscopique. — 15 mai 96. — Vessie tolérante : 150 grammes

On trouve un néoplasme en partie ulcéré. Il siège dans la partie droite de la vessie, au niveau de l'angle que fait le dôme vésical avec le bas-fond, sans arriver à toucher l'urètre, dont elle est éloignée de plus de 1 centimètre.

Cette tumeur probablement carcinomateuse, est dure, plu-

tôt lisse que soyeuse et ulcérée dans sa partie droite, saillante dans sa partie gauche.

Elle est largement implantée par toute sa surface, elle doit avoir 3 centimètres dans son plus grand diamètre. Bas-fond vésical œdématisé, pas de cystite.

Opération. — Le 10 juin, M. Albarran pratique l'extirpation de la vessie. On anesthésie au chloroforme. Position de Trendelenburg. Injection de 150 à 180 grammes. Pas de ballon de Petersen.

Incision commençant au-dessus de la symphyse, se continuant en bas jusqu'au clitoris qu'elle dépasse en s'inclinant à droite, pour éviter les déchirures ultérieures. On découvre ainsi le pubis. Avec un doigt, on cherche l'interstice et on sectionne le cartilage avec un fort bistouri. On a soin de bien couper les trousseaux fibreux inférieurs et supérieurs. Les jambes de la malade sont alors écartées pour faciliter l'ouverture du pubis qui atteint alors 3 ou 4 centimètres. La vessie, largement découverte, est ponctionnée et le contenu sort à ce moment.

L'incision est maintenue par des fils suspenseurs au nombre de 3, posés à mesure, et permettant d'augmenter l'ouverture. Dès ce moment on est un peu gêné par l'hémorrhagie qui se produit à la partie inférieure de la plaie au niveau des racines du clitoris, difficile à arrêter parce que les pinces déchirent les tissus. Dans la suite de l'opération, on essaye sans résultat de fermer les vaisseaux avec un fil, on a le soin finalement de faire la forcipressure.

Une fois la vessie ouverte, on peut l'explorer facilement et l'on voit alors que la tumeur est située tout près de l'orifice urétéral, mais sans l'atteindre.

Elle a exactement les caractères indiqués par l'examen cystoscopique, ulcérée par places, sessile, faisant corps avec la paroi. Le reste de la muqueuse est rouge, vilieux, et l'on se décide à faire l'extirpation de la vessie. On commence la décortication par la paroi supérieure mais le cul-de-sac péritonéal est ouvert accidentellement et suturé par un surjet au catgut. A la fin de l'opération il est relevé et fixé à la commissure supérieure de la plaie. Avant de commencer la décortication on a introduit dans chaque uretère une sonde, qui, après extirpation, seront ensuite conduites par l'urèthre.

On fait une incision médiane de la vessie de façon à faciliter la dissection qui avance du reste assez rapidement. On commence par le côté droit ; la dissection est un peu laborieuse au niveau de l'uretère à cause de la présence de la tumeur qui englobe la partie inférieure de ce conduit. On l'isole le mieux possible, on le fend en partant de son orifice vésical et on constate que, bien que la tumeur enveloppe l'uretère sur une hauteur d'au moins un centimètre, les parois du conduit paraissent saines. L'isolement complété, on résèque la portion d'uretère en contact avec la tumeur et on complète l'extirpation de cette moitié de la vessie en laissant le col en une bande de muqueuse d'environ un centimètre autour. On passe alors à la moitié gauche, beaucoup plus facile à disséquer et que l'on extirpe, non compris l'uretère gauche. On a donc extirpé presque toute la vessie, et il ne reste guère que l'orifice urétéral et une bande de paroi, large de trois ou quatre centimètres au plus ; l'uretère droit a été sectionné et séparé du reste de la vessie. Les sondes urétrales sont introduites à ce moment dans l'urèthre au moyen d'une pince à forcipressure.

Il reste à aboucher l'uretère droit à la vessie au moyen de 4 fils de catgut. La sonde urétérale ayant été introduite dans l'urèthre à travers une boutonnière faite dans la paroi restante de la vessie.

Enfin, on suture d'avant en arrière la paroi vésicale par des point de catgut séparés, 5 ou 6, et on complète en nouant les chefs deux à deux. Par dessus cette suture, on en fait une comprenant les plans cellulo-adipeux voisins. Suture de la symphyse au moyen de deux solides fils d'argent après abrasion du cartilage, pour faciliter la consolidation. Au préalable on a laissé sous la symphyse des tampons de gaze iodoformée qui drainent, au-dessus et au-dessous du pubis, le champ opératoire. Sutures musculaires au catgut et cutanée au crin de Florence.

11 juin. — La malade a une éruption érythémateuse sur les membres inférieurs. Une injection de sérum est pratiquée dans la journée. Mort à 9 heures du soir.

La température a été de 36,5, 37, 37,8.

Autopsie le 13 juin 1896.

Le péritoine n'est pas enflammé et le champ opératoire en bon état, sans suppuration, ni caillots de sang. L'uretère droit est bien abouché, et ne présente aucune lésion ainsi que l'uretère gauche. Reins normaux. Poumons un peu congestionnés. Foie normal. Rate normale. Cœur sain sauf une légère surcharge graisseuse.

RÉSULTATS OBTENUS PAR LA TAILLE HYPOGASTRIQUE

Avant de nous prononcer définitivement dans nos conclusions, nous voulons donner quelques détails sur les résultats opératoires, puisés dans les différentes statistiques, parues jusqu'ici :

L'opportunité de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs vésicales n'est pas définitivement établie. M. Pous-son au *Congrès de chirurgie* de 1895 a présenté la statistique des tumeurs vésicales opérées par lui, d'où il résulte que les plus longues survies des malades opérés a été de 2 à 4 ans. Ces résultats sont en contradiction apparente avec les statistiques de MM. Albarran et Clado. M. Albarran dans son *Traité des tumeurs de la vessie*, donne la statistique suivante :

	Bénignes	Malignes
Nombre de tumeurs. . . .	48	97
— guérisons. . . .	36	23
— récidives. . . .	9	31
— morts. . . .	3	43

M. Clado en ajoutant à la statistique de M. Albarran les observations publiées depuis l'apparition du travail de M. Albarran, donne la statistique suivante :

	Bénignes	Malignes
Nombre de cas	62	111
— guérisons.	49	28
— récidives.	9	34
— morts.	4	49

Dans une communication faite au *Congrès d'Urologie*, de 1899, M. Motz nous montre dans une statistique détaillée, ce que sont devenus les malades qui ont été opérés à la Clinique de Necker ou en ville, par MM. Guyon et Albarran.

L'auteur a pu trouver des renseignements, sur 55 cas qui ont été opérés depuis la publication du travail de M. Albarran.

Sur 9 malades opérés en 1892, huit sont déjà morts et le neuvième présente des symptômes de récurrence. Au point de vue histologique : 5 cas d'épithélioma avec 5 cas de mort, un cas de papillome décédé, 3 cas sans examen histologique, un décès et une récurrence. Sur 5 malades opérés en 1893, trois sont déjà morts.

1 cas d'épithélioma, décédé en 1894.

2 cas de papillome, avec un décès, et un cas avec une récurrence, 1 cas, sans examen histologique, décédé quelques jours après l'opération.

Sur 4 cas opérés en 1894, 3 sont morts.

2 cas d'épithélioma avec 2 morts.

2 papillomes, 1 mort en 1898, l'autre va bien.

Sur 10 opérés en 1895, six sont morts.

5 cas d'épithélioma, 4 morts.

3 papillomes, 3 récurrences.

2 cas sans examen histologique : un malade est mort
10 jours après l'opération, l'autre en 1898.

Sur 7 malades opérés en 1896, cinq sont morts.

5 épithéliomas, 5 morts.

1 papillome, va bien.

1 sans examen histologique, va bien.

Sur 12 cas opérés en 1897, il y a 7 morts.

5 épithéliomas, 4 morts.

6 papillomes, un cas de mort d'une embolie.

1 adénome, va bien.

Sur 6 opérés en 1898, trois sont déjà morts.

5 épithéliomes, 3 morts.

1 papillome, récurrence.

Sur 5 opérés en 1899, trois sont morts.

3 épithéliomes, 2 morts.

1 fibro-myome, mort après l'opération.

1 papillome, va bien.

Avec M. Motz nous pensons que pour se faire une idée à peu près juste des résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie, nous devons arrêter notre attention seulement sur les malades qui ont été opérés au moins il y a 3 ans. L'ensemble des résultats obtenus chez les malades opérés avant la fin de 1896, nous donne sur 35 opérés, dix survies.

Sur 18 épithéliomas, nous n'avons constaté qu'une seule survie ; sur 9 papillomes, sept survies avec 4 récidives.

Comme on voit, les résultats obtenus dans les tumeurs malignes sont tout-à-fait déplorables. Si on examine pourtant ces tumeurs enlevées pendant l'opération, on verra que dans la majorité des cas, l'infiltration néopla-

sique n'a envahi ni le pédicule de la tumeur, ni la sous-muqueuse vésicale. En présence de ces résultats, on peut se demander si on doit intervenir dans les cas de tumeurs qui, à l'examen endoscopique produisent l'impression de tumeurs malignes. Il existe contre l'intervention chirurgicale ce fait signalé pour la première fois par M. Pousson, que les tumeurs opérées donnent une survie beaucoup moins longue que les tumeurs non opérées. Il est impossible de se prononcer sur ce point et de prouver que les malades vivraient plus longtemps si on ne les opérerait pas.

L'impression personnelle toutefois de M. Motz, basée sur l'étude d'un très grand nombre de néoplasmes, est la même que celle de M. Pousson. M. Motz a été frappé de la rapidité avec laquelle survient la mort chez les néoplasiques opérés : la plupart des décès signalés plus haut ont eu lieu quelques semaines ou quelques mois après l'opération.

Malgré ces résultats déplorables, M. Motz pense que les chirurgiens ne doivent pas refuser l'opération à un malade dont la tumeur n'est pas infiltrée. Ils doivent l'opérer : 1° parce qu'il est quelquefois très difficile de faire à l'endoscope le diagnostic exact de la nature de la tumeur ; 2° parce qu'il y a, quoique rares, des cas de guérison de tumeurs malignes et nous en citons un dont la survie est de 4 ans ; 3° parce qu'il est très possible qu'avec le perfectionnement de la technique opératoire, on arrive à des résultats un peu meilleurs.

Sans insister sur ce dernier point, M. Motz fait remarquer que l'étude anatomo-pathologique des tumeurs enlevées lui fait penser qu'en opérant, on doit chercher

à faire plutôt de larges que de profondes résections de la vessie. Au congrès de Berlin de 1890. M. Thompson, l'éminent urologiste anglais, a déjà exprimé l'avis que l'opération, très utile dans les cas de tumeurs bénignes est inutile et plutôt nuisible dans les cas de cancer.

Notre éminent maître, M. le Professeur Tillaux approuve absolument cette opinion.

M. Malherbe de Nantes confirme les résultats de M. Motz et il croit en effet que les tumeurs épithéliomateuses ne peuvent donner que de mauvais résultats.

Méthode du Prof. Nitze

Tout le monde est d'accord, que l'endoscopie est un moyen précieux pour le diagnostic précis des tumeurs de la vessie, mais il y a jusqu'ici peu de chirurgiens, qui emploient le cystoscope comme moyen d'intervention.

Nitze dans son remarquable article du *Centralblatt für die krankheiten der Harn und sexual organe* combat tout d'abord l'opinion de praticiens qui soutiennent que les tumeurs de la vessie sont une maladie rare. Il pense que ces tumeurs sont assez fréquentes. Fenwick a recueilli déjà en 1888. 634 cas de tumeurs de la vessie (*Brit. med. Journ.*), Nitze lui-même a vu 130 cas de tumeurs de la vessie, parmi lesquelles il compta 4 cas de ses collègues de Berlin. Dans 122 cas, le diagnostic a été fait au cystoscope, dans 77 l'opération a été faite.

Ce nombre considérable, en rapport avec le danger de l'opération, fait voir les progrès accomplis dans le traitement des tumeurs de la vessie.

Avant d'aborder la description de la nouvelle méthode opératoire intra-vésicale, Nitze donne quelques notions anatomiques, qu'il croit nécessaire pour mieux faire comprendre et rendre plus accessible la méthode endoscopique.

Il se prononce en même temps sur la question de fréquence des tumeurs bénignes ou malignes. Nous avons déjà rapporté plus haut l'opinion de Nitze sur ce point et nous avons essayé d'expliquer pourquoi Nitze est en droit de penser, que les tumeurs bénignes sont plus fréquentes, ici nous remarquerons seulement, que malgré son optimisme, Nitze est d'avis, que toute tumeur vésicale, même anatomiquement bénigne, au point de vue clinique devient tôt ou tard d'une gravité extrême pour le malade et le conduit fatalement à la mort.

La guérison spontanée par expulsion complète des masses néoplasiques est pour Nitze, comme d'ailleurs pour tout le monde, d'une rareté extrême. Vu la gravité et la rareté excessive de la guérison spontanée, Nitze considère comme traitement thérapeutique raisonnable, le traitement chirurgical de la tumeur.

Trois choses, dit-il, empêchaient pendant longtemps le traitement chirurgical : l'incertitude du diagnostic, la peur du danger dans la taille haute et enfin l'opinion pessimiste de Rokitsansky, qui ne voyait que des tumeurs cancéreuses.

La cystoscopie et l'antisepsie chirurgicales ont changé cet état de choses : la première en permettant de faire un diagnostic précis, la seconde en démontrant le peu de danger de la taille hypogastrique. Chaque année apporta

des cas de plus en plus nombreux d'opérations heureuses de tumeurs de la vessie.

M. Nitze a fait 52 fois la taille hypogastrique avec 7 cas de mort, 21 cas avec suture complète, 16 fois la suture a bien réussi et pas une goutte d'urine n'a souillé la plaie. Nitze mentionne ces faits pour montrer la confiance que son expérience personnelle lui a donnée dans la taille hypogastrique.

Civiale a essayé d'opérer avec son trilabe. Grünfeld a réussi à exciser, grâce à un tube endoscopique, une tumeur (par morcellement) chez une femme ; il a fait une fois la même opération chez l'homme. On conçoit que l'essai de Grünfeld n'ait pas eu de suite.

Antai a extirpé 2 petits polypes qu'il a vus au cystoscope, avec un lithotriteur. C'était à peu près tout ce qu'on savait jusqu'ici d'essai sur les opérations intra vésicales, pour la destruction des tumeurs.

Le cystoscope paraissait pouvoir faire des progrès à ce point de vue. Voyant si clairement une petite tumeur on comprend aisément, que la pensée vienne de l'extirper avec des instruments, par la voie urétrale.

Nitze dit qu'il a été pendant des années tourmenté par cette question.

Comme après la taille hypogastrique des récidives se montraient assez souvent, il s'est décidé à chercher une méthode, grâce à laquelle on pourrait détruire, au moins des petites tumeurs, sans opération sanglante préventive.

Nitze a pensé pouvoir arriver à enlever de petites tumeurs, et il a réussi à en extirper de grosses et à conclure en même temps que la plupart des tumeurs de la vessie sont bénignes.

Le procédé opératoire de Nitze consiste en ce qu'il résèque en une ou plusieurs séances, les parties saillantes de la tumeur avec une anse galvanique et qu'il détruit la base restante par une cautérisation intensive.

Il n'y a que les toutes petites tumeurs qu'on puisse détruire séance tenante. Dans ce but il suffit d'employer la lampe du cystoscope. Nitze emploie plus souvent un galvano-cautère spécial, formé par un fil de platine monté sur une plate-forme de porcelaine. Avec ce galvano-cautère on peut aussi sûrement brûler dans une vessie pleine que dans l'air.

Le cystoscope opératoire de Nitze se compose : 1° d'un cystoscope différent du modèle ordinaire par son calibre plus petit, une tige plus longue et l'adjonction d'un entonnoir à vis ; 2° d'une série de boîtes cylindriques correspondant au calibre de l'endoscope et pouvant glisser doucement sur lui. L'extrémité vésicale de chacune de ces boîtes présente une disposition particulière pour chaque genre d'opération à exécuter. A l'autre bout est disposé le mécanisme, destiné à faire fonctionner l'instrument. Sur l'extrémité antérieure évoluent les différentes pinces coupantes chargées de la destruction ou de l'arrachement des polypes vésicaux.

Nous reproduisons ci-dessous les observations de M. Nitze au nombre de 31.

Observation I (de M. Nitze). — G..., femme âgée de 35 ans, de Berlin (Dr Nagel). Première hématurie 4 ans avant l'entrée à la Clinique. La malade fut déjà examinée. Pas de

dysurie. Hématurie répétées. Urine catarrhale. Le 1^{er} septembre 1892. Cystoscopie :

Sur le côté gauche du bas-fond de la vessie une tumeur de la grosseur d'une orange.

Le 3 septembre 1892. — Taille hypogastrique. Tumeur enlevée, suture totale de la vessie, guérison par première intention. Le quinzième jour après l'opération la malade a quitté le lit. Examen microscopique de la tumeur : Papillome.

Le 30 décembre 1892. — Cystoscopie : A la place de la tumeur précédente, une petite tumeur vilieuse un peu plus grande qu'une petite noix. Urine limpide.

Cette tumeur augmenta rapidement et en même temps d'autres tumeurs sont devenues visibles. A la fin de 1893 et au commencement de 1894 plusieurs séances d'opérations cystoscopiques avec des instruments imparfaits. A cause de cela de longs intervalles. Pas de guérison, pas d'accidents dans l'intervalle. Dernière séance le 28 février 1894. Le voyage de l'opérateur au Congrès International de Rome empêche la continuation des séances endoscopiques ; la patiente se porta bien alors. Plus tard elle tomba malade phtisique. Hémoptysie, pyélite. Le 1^{er} juillet 1894, la malade meurt.

Observation II. — J..., femme âgée de 30 ans, de Berlin (Dr Kalischer). Première hématurie une année avant la réception. Depuis, d'autres consécutives. Pas de dysurie, urine claire. Le 11 mars 1893, cystoscopie : Sur le bas-fond de la vessie en arrière de l'uretère droit on remarque une large tumeur vilieuse. Répétitions de séances de cystoscopie opératoire ; dernière séance le 26 juin 1895.

Pas d'accidents dans l'intervalle. Diagnostic de la tumeur au microscope : Papillome. La malade est guérie et est partie en rendant une urine limpide.

Révision cystoscopique le 5 décembre 1895. Pas de récurrence.

La malade se porte tout à fait bien.

Observation III. — W..., Homme âgé de 40 ans, de Saint-Petersbourg.

Première hématurie 7 ans avant la consultation ; pas de dysurie, accidents répétés d'hématurie, urine claire. Le 27 janvier 1894 cystoscopie : à la partie interne et en arrière de l'uretère gauche se trouve une tumeur de la grosseur d'une amande. La première séance de cystoscopie opératoire le 29 janvier 1894. Le malade est forcé de repartir chez lui. Continuation du traitement en 1895, la dernière (5^e séance) le 17 mars 1895. Pas d'accidents dans l'intervalle. Le diagnostic microscopique : Papillome. Le malade est guéri, avec des urines claires. Révision cystoscopique le 18 janvier 1896. Pas de récurrence, le malade va très bien.

Observation IV. — W..., homme âgé de 52 ans, de Berlin (D^r Glauert). Première hématurie 4 ans avant l'entrée, souvent hématuries légères, urine limpide, pas de dysurie. Le 13 avril 1891, cystoscopie : sur le côté droit du bas-fond de la vessie une tumeur de la grosseur d'une noix allant jusqu'à l'orifice interne de l'urèthre, à gauche pas tout à fait jusqu'à la ligne médiane.

Sur le côté gauche du bas-fond deux autres tumeurs, dont une un peu plus grande se trouve plus en avant, l'autre plus en arrière. Le 16 avril 1894 : Taille hyposgastrique. Extirpation avec une cuillère de Paquelin. Suture partielle de la vessie.

Boutonnière. Diagnostic microscopique : Papillome.

Le 11 juin 1891. — Le malade quitte la clinique. La fistule est fermée depuis le 22 juin 1891. Le 7 novembre 1891 cystoscopie : Aucune trace de récurrence. Au printemps de 1893 récurrence : 3 tumeurs hémisphériques, dont une sur le bas-fond juste à l'orifice interne de l'urètre, les deux autres, plus en arrière à la limite postérieure du trigone, à droite non loin de la ligne médiane. Au mois de juillet 1893 les 3 tumeurs furent cystophotographiées.

Urines presque limpides. Première séance de cystoscopie opératoire le 5 juillet 1894, plusieurs séances avec de longs intervalles, la dernière séance (la 9^e), le 15 juillet 1895.

Pas d'accidents dans l'intervalle. Le malade est guéri avec des urines claires. Révision cystoscopique le 15 mars 1896. Pas de récurrence. Malade va bien.

Observation V. — R., homme âgé de 20 ans, de Berlin (D^r Palm).

Première hématurie un an avant l'entrée ; depuis, des accidents répétés. Urines limpides. Pas de dysurie.

Le 17 mai 1894. — Cystoscopie : Derrière l'urètre droit une tumeur aplatie de la grosseur d'une noix. Première séance de cystoscopie opératoire le 4 juillet 1894. Dernière (7^e séance) le 24 juillet 1894. Pas d'accidents dans l'intervalle.

Diagnostic microscopique : Papillome. Le malade part guéri avec émission d'urines claires. Révision cystoscopique le 12 décembre 1895. Pas de récurrence. Le malade va toujours bien.

Observation VI. — K., homme de 32 ans, de Leipzig (Dr Kollmann).

La première hématurie a eu lieu 13 ans avant l'entrée à la clinique, outre de fréquentes hématuries et une légère dysurie, le malade a souvent éprouvé la sensation que quelque chose empêcher la miction.

Le 27 juillet 1894. — Cystoscopie : à la partie externe et en arrière de l'uretère droit une tumeur de la grosseur d'une orange.

La première séance de cystoscopie opératoire le 7 août 1894, la dernière (14^e séance) le 20 août 1894, Pas d'accidents dans l'interv. Diagnostic microscopique de la tumeur : Papillome. Le malade est guéri : les urines sont limpides.

Révision cystoscopique le 1^{re} novembre 1896. Pas de trace de récidence. Le malade se porte très bien.

Observation VII. — De F..., homme de 74 ans, de la Prusse Occidentale, 1^{re} hématurie 3 semaines avant l'entrée à la clinique.

Pas de dysurie. Urine non catarrhale, fortement tachée de sang. Le 30 juillet 1894 cystoscopie : Sur la paroi droite de la vessie, loin en arrière se trouve une tumeur de la grosseur d'une grosse amande, qui bat fortement. La tumeur paraît pédiculée. Immédiatement après la visite l'urine est devenue limpide. La 1^{re} séance de cystoscopie opératoire a eu lieu le 4 août 1894, la dernière (6^e séance) le 20 août 1894. Pas d'accidents dans l'intervalle.

Le diagnostic microscopique : Papillome. Le malade est parti guéri. Les urines sont devenues claires.

Il n'y eut pas de révision cystoscopique, le malade se portait bien, tout à fait bien, après l'opération.

Observation VIII. — H..., homme de 50 ans de Dresde (Dr Sprengel. Hof. Rat.) 1^{re} hématurie 4 ans avant la consultation. Le malade a déjà été plusieurs fois examiné. Il éprouvait comme une sensation que quelque chose le gênait pendant la miction. Des accidents fréquents d'hématurie. Urine catarrhale. Le 22 août 1894, cystoscopie : sur le côté droit du bas-fond une tumeur, composée de plusieurs fragments de la grosseur d'une petite orange, laquelle couvre complètement l'uretère droit et va jusqu'à à l'orifice interne de l'urèthre. Pendant l'irrigation on peut voir le pédicule de la tumeur. La 1^{re} séance de cystoscopie opératoire a lieu le 23 août 1894, la dernière (6^e séance) le 14 novembre 1894.

Pas d'accidents dans l'intervalle. Diagnostic microscopique : Papillome. Le malade part guéri. Les urines sont claires. Révision cystoscopique en automne 1895 : Pas de trace de récurrence. Le malade va bien.

Observation IX. — R..., homme de 60 ans, de Bremen (Dr Gøring). Première hématurie 15 mois avant la consultation, depuis des saignements répétés. Pas de dysurie.

Les urines sont claires, le 13 octobre 1894, cystoscopie : Sur le côté gauche du bas-fond vésical se trouve une tumeur colorée légèrement en rose de volume d'une grande noix, très mobile et probablement pédiculée.

Première séance de cystoscopie opératoire le 21 octobre 1894, la dernière (10^e séance) le 28 janvier 1895. Pendant le traitement il se produisit une fois une hémorrhagie plus abondante avec formation d'un caillot, il fallut recourir à l'emploi du cathéter d'évacuation. Diagnostic microscopique : Papillome. Le malade est parti guéri, les urines sont claires.

Révision cystoscopique le 11 novembre 1894. Pas de trace de récurrence. Le malade va bien. La longue durée du traitement est expliquée par des voyages fréquents du malade pour ses affaires commerciales.

Observation X. — G... homme de 38 ans, de Strasbourg, (D^r Leroy). Première hématurie 4 ans avant la consultation, depuis hématuries répétées, pas de dysurie, urines claires, le 21 décembre 1894, cystoscopie : Sur le côté gauche du bas-fond on voit une tumeur de la grosseur d'une noix, qui est appliquée à la paroi vésicale par un court pédicule. Le lieu d'implantation est visible à la partie externe et inférieure de l'urètre gauche.

La première séance de cystoscopie opératoire a lieu le 31 janvier 1895, la dernière le 25 février 1895. Une fois hémorragie plus abondante. Le cathéter d'évacuation n'était pas nécessaire. Diagnostic microscopique : Papillome. Malade part guéri. Les urines sont limpides. Rév. cyst. le 5 juillet 1895. Pas de trace de récurrence. Le malade va bien.

Observation XI. — W..., homme de 34 ans. Première hématurie 4 semaines avant la réception à la clinique, depuis 4 légers saignements, pas de dysurie, urines claires. Le 31 mars 1895, cystoscopie : de la paroi droite de la vessie se détache une petite tumeur suspendue à un long et fin pédicule. Au milieu de ce pédicule en forme de ruban on voit plusieurs grands vaisseaux ; des vaisseaux identiques se voient aussi sur la muqueuse dans la proximité du pédicule de la tumeur. Quelques séances de cystoscopie opératoire le 1^{er} avril 1895. Diagnostic microscopique : Papillome. Le ma-

lade guérit, l'urine émise est limpide. Rév. cyst. le 18 février 1895. Pas de récédive. Va bien.

Observation XII. — S..., homme de 56 ans de St-Paul (Brésil). 1^{re} hématurie 6 ans avant la consultation. Depuis des saignements fréquents et abondants, pas de dysurie. Le malade a déjà été examiné d'un autre côté. l'rine catharrale. Le 13 mai 1895, cystoscopie ; à la partie externe et inférieure de l'uretère gauche se trouve une tumeur villeuse de la grosseur d'une petite pomme. La première séance de cystoscopie opératoire le 17 mai 1895. Pendant le traitement des saignements prolongés et non abondants mais répétés, eurent lieu.

Le malade put uriner spontanément sans être sondé.

Diagn. micr. Papillome. Le malade sorti guéri avec émission d'une urine presque claire, jusqu'ici n'est plus revenu en Allemagne. Se porte très bien.

Observation XIII. — C..., homme de 51 ans, de Berlin. Première hématurie 5 ans avant l'entrée. Depuis des hématuries fréquentes. Le malade était déjà examiné ailleurs, se plaint depuis 3 mois de troubles cystiques. Urine alcaline, trouble.

Le 14 mai 1895. — Cystoscopie : à la partie inférieure et externe de l'uretère droit se trouve une tumeur aplatie de la grosseur d'une noix, visiblement pédiculée. Le malade semble être d'une souche faible. La surface de la vessie est en partie incrustée de sels calcaires.

1^{er} séance de cystoscopie opératoire le 24 mai 1895, la dernière (4 séance) le 4 juillet 1895. Pas d'accidents dans l'intervalle.

Diagnostic microscopique de la tumeur: Papillome. Le malade a guéri.

Les urines sont limpides. Révision cystoscopique le 20 avril 1896: Pas de récurrence. Le malade va parfaitement bien.

Observation XIV. — M..., homme de 57 ans de Berlin. (Dr Scholl). Première hématurie 10 ans avant la consultation; depuis, plusieurs forts saignements. pas de dysurie, urine claire.

Le 20 mai 1895. — Cystoscopie: sur le côté gauche du bas fond de la vessie est située une tumeur de la grosseur d'une noix, d'une surface ressemblant à un champignon.

La tumeur est pédiculée, le pédicule se trouve à la partie inférieure et externe de l'uretère gauche.

De la paroi gauche de la vessie s'étendent vers le pédicule des vaisseaux fortement serpentins, exceptionnellement plexiformes. La première des séances cystoscopiques a lieu le 25 mai 1895, la dernière (9 séance) le 1^{er} juillet 1895. Pendant le traitement survient une forte hémorrhagie, qui rendit nécessaire l'emploi du cathéter d'évacuation. Diagnostic microscopique: Papillome.

Le malade est parti guéri, urine claire. La révision cystoscopique a eu lieu le 20 avril 1896. Pas de récurrence, va très bien.

Observation XV. — W..., femme de 60 ans, de Berlin (Dr Koppell). Première hématurie 9 ans avant la réception à la clinique. Depuis, souvent des saignements. Pas de dysurie, urine claire.

Le 18 mai 1895. — Cystoscopie : à la partie inférieure et externe de l'uretère droit on voit une tumeur à large base, de la grosseur d'une noix d'une surface quasi framboisée. Première séance de cystoscopie opératoire le 1^{er} juin 1895, la dernière (7 séance), le 4 août 1895.

Pas d'accidents dans l'intervalle. Diagnostic microscopique : Papillome. Le malade est renvoyé guéri avec urine claire. Rév. cyst. le 20 mars 1896. Pas de récidence. Va bien.

Observation XVI. — M..., homme de 37 ans de Dührenberg i. s. (D^r Kollmann-Leipzig).

Première hématurie un an avant l'entrée ; depuis, plusieurs hémorrhagies, pas de dysurie, le malade a été déjà examiné d'un autre côté, l'urine est catarrhale le 6 juin 1895. Cystoscopie : à la partie inférieure et externe de l'uretère droit se trouve une tumeur de la grosseur d'une cerise d'une surface vilieuse avec une base rétrécie.

Première séance de cystoscopie opératoire le 7 juin 1895, la dernière (2 séance) le 19 juin 1895.

La seconde séance a eulieu sous le chloroforme, parce que quelques jours avant, pendant l'essai d'injection de la solution de cocaïne, une forte intoxication cocaïnique se déclara. Diagnostic microscopique : Papillome.

Le malade est renvoyé guéri, avec urine claire. Révision cystoscopique le 30 janvier 1896. Pas de récidence. Va parfaitement bien.

Observation XVII. — J..., homme de 45 ans de Berlin (D^r Belgard).

Première hématurie 8 ans avant l'entrée. Accident fréquent

d'hématurie, pas de dysurie, urine claire le 13 juin 1895. Cystoscopie ; à la partie externe et inférieure de l'uretère droit on trouve une tumeur de la grosseur d'une petite pomme, composée de masses villeuses, sûrement pédiculée. Une grande partie de villosités (papilles) est incrustée de sels calcaires. L'uretère droit est entièrement recouvert par la tumeur. Première séance de cystoscopie opératoire le 21 juin 1895, la dernière (9^e séance) le 29 janvier 1896. Pas d'accidents dans l'intervalle. Examen microscopique : Papillome.

Le traitement traînait en longueur, parce que le malade a été forcé de partir plusieurs fois pour l'étranger pendant plusieurs mois ; à cause de cela la rev. cyst. n'a pas eu lieu. Le malade est parti, ayant des urines claires.

Observation XVIII. — L., homme de 60 ans de Bucharest. Première hématurie, 12 ans avant l'entrée. Depuis accidents répétés d'hématurie, pas de dysurie, urine claire.

Le 5 avril 95. — Cystoscopie : à la partie externe de l'uretère gauche, à peine à 2 centimètres, se trouve une tumeur de la grosseur d'une petite noix, de surface villeuse, d'une couleur rosée, ou pédiculée directement ou appliquée fortement contre la base. Première séance de cyst. op. le 12 juillet 95, dernière (4^e séance) le 26 juillet 95. Pas d'accidents dans l'intervalle. Diagn. Mier. : Papillome.

Le malade, en partant, émet des urines claires. Révision cystoscopique le 25 juillet 1896 : un peu en arrière de l'emplacement de la précédente tumeur se trouve une petite place suspecte qui devra être contrôlée dans quelques mois, sa petitesse ne permettant aucun diagnostic.

Observation XIX. — M., homme de 60 ans de Nürnberg (Dr Schallmeyer). Première hématurie 2 ans 1/2 avant la consultation ; hématuries ininterrompue pendant 9 semaines. Depuis, hématuries répétées. Le malade était déjà examiné d'un autre côté, urine catarrhale. Le 22 juillet 1895. — Cystoscopie : Sur le côté gauche du bas-fond de la vessie on voit une tumeur de la grosseur d'une petite pomme, composée de masses vilieuses, de couleur rosée, appliquée fortement contre la muqueuse avec une base très rétrécie.

La muqueuse qui présente partout, surtout sur le côté gauche du bas-fond vésical, des changements catarrhaux, est en partie tuméfiée et ballonnée. Plusieurs séances de cyst. op., la dernière le 25 novembre 1895. Pas d'accidents dans l'intervalle.

Diagn. Micr. Carcinome. Le malade n'est sûrement pas guéri. Plus tard de fortes hémorrhagies, pas de révision cystoscopique.

Observation XX. — N..., femme de 56 ans, de Kottbus (Dr Thiem). Première hématurie 6 ans avant l'entrée ; depuis, accidents répétés d'hématurie. Pas de dysurie. Urine claire. Le 13 juillet 1895, cystoscopie, sur le côté droit du bas-fond à côté de l'uretère droit se trouve une tumeur avec de grandes villosités, non pédiculée à base large, qui est de la grosseur d'une pièce d'un franc (mark). Quelques villosités sont farcies de sang. La première séance de cystoscopie opératoire a lieu le 14 août, la dernière (quatrième séance) le 24 août 1895. Pas d'accidents d'intervalle. Diagnostic microscopique. Papillome. La malade est sortie guérie, urine claire.

La malade étant en bonne santé, ajourna jusqu'ici la révision cystoscopique.

Observation XXI. — C..., homme de 47 ans, (D^r Alexander-Breslau). Première hématurie 15 ans avant l'entrée. Depuis, toutes les années, hématuries légères. Pas de dysurie. Urine claire. Le 21 août 1895, cystoscopie : Sur la paroi gauche de la vessie, une petite tumeur vilieuse. Première opération cystoscopique le 5 septembre 1895 ; dernière (2^e séance) le 9 septembre 1895. Le 9 septembre 1895, urine légèrement trouble. Le malade est reparti chez lui sur le conseil de l'opérateur ; là on ne lui a même pas fait les lavages vésicaux prescrits. Le 21 septembre 1895, le malade est revenu. Cystoscopie. Aucune trace de récidence, mais il y a de la cystite et de la pyélite. Examen microscopique : Papillome.

Observation XXII. — M..., homme de 39 ans de Berlin (D^r Rosenthal). Première hématurie, il y a 15 ans. Depuis, tous les 2-3 ans, accidents d'hématurie. La dernière hématurie le 9 décembre 1895 avec d'abondants caillots sanguins, avec douleurs fréquentes et crampes vésicales. Malade examiné déjà ailleurs. Urine catharrhale. Le 15 janvier 1896, cystoscopie : sur le déjà gauche du bas-fond une tumeur pédiculée de la grosseur d'une grosse pomme, à la partie externe et inférieure de l'uretère gauche. En outre de cela, il n'y a que de légères modifications catarrhales de la muqueuse vésicale.

Nombreuses séances de cystoscopie opératoire : le 25 mars 1896 les dernières masses papillomateuses de la tumeur furent détruites. A cette époque le traitement fut suspendu

pendant sept semaines par suite du voyage de l'opérateur ; pendant ce temps le malade a vaqué à ses occupations de même que pendant les quatre semaines suivantes, quand la base de la tumeur fut plusieurs fois cautérisée. Il était extrêmement difficile, dans ce cas, d'atteindre la tumeur avec la pince ; de nombreuses séances eurent lieu sans résultat. Pendant le traitement survenaient des hémorrhagies prolongées et répétées, mais non abondantes. Examen microscopique : Papillome, le malade sort guéri. Les urines sont claires.

Observation XXIII. — U..., homme de 62 ans, de Berlin, première hématurie trois mois avant la consultation, depuis, hématuries répétées avec de courtes interruptions. Troubles urinaires seulement pendant l'évacuation d'un caillot sanguin. Les urines sont au début du traitement légèrement catarrhales. Cystoscopie : sur le côté droit du bas-fond se trouve une tumeur de la grosseur d'une noix de couleur rosée, sans doute pédiculée, composée de masses villeuses ; en dehors de la tumeur on voit des vaisseaux très éloignés qui forment également des adhérences plexiformes à la paroi vésicale. Première op. cyst. le 25 janvier 1896 (6^e séance) le 11 mars 1896. Pendant le traitement après l'avant-dernière séance, attaque d'influenza. Diagnostic microscopique : Papillome. Le malade sort guéri avec urine légèrement troublée par des bactéries. Rév. cyst. le 20 avril 1896. Pas de récurrence. Va tout à fait bien.

Observation XXIV. — B..., homme de 29 ans de Chemnitz (Dr Kollmann-Leipzig). Première hématurie un an et demi avant la réception, hématuries répétées depuis, pas de dysurie, après examen local répété, cystite.

Le 10 février 1896. — Cystoscopie : Sur le côté gauche du bas-fond se trouve une tumeur en forme de chou-fleur, de la grosseur d'une noix, d'une surface blanche un peu épaissie, couverte de graisse nécrosique ; paraît pédiculée.

Première séance de cystoscopie opératoire le 14 février 1896, dernière (11^e séance) le 11 mars 1896. Pas d'accidents dans l'intervalle. Diagnostic microscopique : Papillome. Guérison. Urine limpide.

Révision cystoscopique le 4 août 1896. Pas de récurrence. Va bien.

Observation XXV. — P... homme de 44 ans, de Hollande. Première hématurie 7 ans avant la visite. Depuis, des accidents répétés d'hématurie, pas de dysurie, après examen local répété cystite.

Le 15 juillet 1896. — Cystoscopie : Sur la paroi antérieure de la vessie à peine 2 centim. au-dessus de l'orifice interne de l'urètre on voit une tumeur composée de grosses papilles, de la grosseur d'une noix. Une seconde tumeur s'applique exactement sur le côté gauche de l'orifice interne de l'urètre (cette tumeur est composée de longues et fines papilles).

Première opération cystoscopique le 18 juillet 1896, dernière (11^e séance) le 8 septembre 1896. Des saignements prolongés et répétés mais non abondants. Légère élévation de température. Diagnostic microscopique : Papillome.

Le malade est parti ayant des urines claires. Il devait employer chez lui des injections vésicales.

Observation XXVI. — W... homme de 40 ans, de Berlin (Prof. Sonnenburg).

Le malade a déjà été opéré auparavant par la haute taille

le 5 juin 1888 d'un papillome vésical. Ne présente pas de dysurie, les urines sont claires, contiennent un peu d'albumine, quelques globules de pus et des cellules épithéliales. Depuis l'opération, pas d'hématurie. Le 21 juillet 1896, cystoscopie : à la place de la tumeur précédente aucune trace de récidence, au contraire, sur la paroi antérieure de la vessie dans la cicatrice de la taille hypogastrique une petite tumeur avec une base très rétrécie. Première opération cystoscopique le 18 août 1896. Pas d'accidents dans l'intervalle. Diagnostic microscopique : Papillome. Le malade partit guéri. Urines limpides. Révision cystoscopique nécessaire.

Observation XVII. — P..., homme âgé de 54 ans de Berlin (Dr Fürst), hématurie un an avant la consultation. Depuis des hématuries répétées. Urine non catarrhale. Le 29 juillet 1891, cystoscopie : en dehors de l'uretère gauche on voit une tumeur en forme de chou-fleur du volume d'une noix, paraît avoir un gros pédicule. Première opération cystoscopique, le 3 août 1897, dernière (troisième séance) le 11 septembre 1896. Diagnostic microscopique : Papillome. Dans cette observation est survenue une forte hématurie, avec formation de caillots et rétention d'urine après la première séance.

Le cas était moins favorable, parce que la malade d'un autre côté a pris une médication très irrationnelle, une grande dose de morphine, et est entrée à la clinique beaucoup trop tard avec une vessie pleine. Sondage avec une cathéter élastique et évacuant.

L'urine reste légèrement catarrhale. Les injections vésicales sont continuées.

Observation XVIII. — Homme de 45 ans de Königsberg. Première hématurie il y a 26 ans, depuis, des hématuries répétées, traitement local instrumental répété. Urine légèrement catarrhale.

Le 25 juillet 1896. — Cystoscopie : sur le côté droit du bas-fond une tumeur de la grosseur d'une petite pomme, d'une surface villeuse et avec quelques villosités singulièrement longues ; très mobile et très sûrement pédiculée.

Le pédicule est situé à la partie supérieure de l'uretère droit.

Dans une de ses parties la tumeur atteint l'orifice interne de l'urèthre. Première op. cyst., le 7 août 1896, dernière (15 séance) le 19 septembre 1896. Diagnostic microscopique : Papillome.

Ce cas présentait beaucoup de difficultés dans le traitement par suite de la mobilité extrême de la tumeur.

Il était très difficile de circonscrire la tumeur avec la pince. Deux fois on a employé le lithotriteur et, seulement après, l'opérateur a pu facilement circonscrire la tumeur dans les deux dernières séances. La plupart des séances précédentes ne donnèrent aucun résultat. Une cautérisation de la base sera encore nécessaire.

Observation XXIX. — M., homme de 52 ans, de Nürnberg (Prof. Graser). Première hématurie 2 ans et demi avant la visite ; depuis, des hématuries répétées, pas de dysurie plusieurs autres examens locaux. Urine claire.

Le 13 août 1896. — Cystoscopie : à la partie externe de l'uretère gauche on trouve une tumeur de la grosseur d'une noix paraissant pédiculée, de couleur rosée, d'une consistance molle, aux papilles larges.

Première opération cystoscopique le 15 août 1896, dernière (5^e séance) le 26 août 1896. Pas d'accidents dans l'intervalle. Diagnostic microscopique: Papillome. Malade sort guéri. Urine claire. Révision cystoscopique nécessaire.

Observation XXX. — K., homme de 68 ans de Moscou (Professeur Furbinger). 1^{re} hématurie un an et demi avant l'entrée à la clinique, depuis ténésme vésical fréquent, surtout dans la journée après un mouvement.

Urine non catarrhale, contient du sang.

Le 5 septembre 1896 cystoscopie. Sur la paroi antérieure de la vessie, un peu à droite, on trouve une tumeur de la grosseur d'une petite noix, dont le pédicule, de l'épaisseur d'un crayon, est bien visible. 1^{re} opération cyst., le 7 septembre 1896, dernière (6^e séance) le 29 septembre 1896.

Pas d'accidents dans l'intervalle.

Diagnostic microscopique : Papillome. Par suite du voyage de l'opérateur, le traitement a été suspendu pendant 8 jours. Le malade peut être considéré comme guéri. Révision cystoscopique nécessaire. L'urine est encore catarrhale. Le malade, est forcé de partir chez lui, où des injections vésicales lui seront faites.

Observation XXXI. — D..., Homme de 40 ans, de Malaga (Espagne). Première hématurie en 1899. Au mois de juillet 1899 le malade est venu se faire soigner chez M. Nitze, l'examen a montré sur le côté droit du bas-fond une tumeur pédiculée de la grosseur d'une petite orange. Cette tumeur a été extirpée le 30 juillet 1899 par la taille hypogastrique.

Déjà onze mois après se montra un point de récurrence, qui

devenait de plus en plus grand. Le 25 mai 1894, pour une seconde fois taille hypogastrique et extirpation de plusieurs tumeurs en partie grosses. Guérison rapide. Un an après survint de nouveau une récidive et quand pour la troisième fois le 9 juin 1896 la taille hypogastrique fut entreprise on trouva une immense tumeur, dont une partie conservée dans l'alcool remplit un verre d'expérience d'une hauteur de 6 cent. et d'une largeur de 4 cent. L'opération n'a pas pu être terminée à cause d'une hémorrhagie profuse, toutefois toutes les masses saillantes ont été détruites.

L'examen cystoscopique du 2 septembre, après guérison, démontra déjà de nouveau l'existence des masses ulcéreuses. Depuis, dans l'intervalle de quelques jours, furent faites des opérations cystoscopiques avec la pince du galvanocautère caustique. Le résultat est jusqu'ici satisfaisant. Dans chaque séance furent détruites des masses ulcéreuses. L'urine est presque claire. L'état général du malade est excellent.

En dehors de ces observations M. Nitze cite deux cas qui n'ont pas été traités jusqu'à la fin.

Ces cas se rapportent à deux malades chez lesquels, il y a longtemps, des tumeurs bénignes de la vessie ont été extirpées par la taille hypogastrique et chez lesquels depuis, des récides sont survenues.

Un de ces malades, client du D^r Krauspe d'Insterburg, a présenté à l'examen cystoscopique de nouveau un grand nombre de tumeurs villeuses. En outre, comme le malade refusait une nouvelle opération par la taille, j'ai essayé, dit M. Nitze, l'opération intravesicale. Mais la complication d'une épидidymite et d'une hémorrhagie assez con-

sidérable et surtout les grandes difficultés techniques de l'opération même pendant le catarrhe existant, et la multiplicité des tumeurs, m'ont forcé, malgré le regret du malade, à renoncer à l'opération intravésicale.

Dans le second cas qui a été envoyé à Nitze par le Dr Stadthagen de Berlin, il s'agissait d'une femme anormale au point de vue psychique, dont l'état mental a tellement empiré, qu'un traitement régulier paraissait impossible.

Les deux malades n'ont eu aucune aggravation du fait de l'essai du traitement intravésical d'après la méthode de M. Nitze.

En analysant les 31 cas, auxquels a été appliquée la méthode de Nitze avec succès, c'est-à-dire avec guérison complète, nous voyons qu'il n'y a pas eu à déplorer une seule mort.

Jusqu'à l'observation 19 où il s'agissait d'un carcinome et dans la 1^{re} observation où à cause de l'organisation défectueuse de l'appareil et d'une longue absence de l'opérateur, une destruction complète de la tumeur n'a pas été obtenue, tous les autres malades ont été guéris, et presque tous sont partis en rendant une urine limpide.

Nitze avoue qu'il n'a pas espéré de si bons résultats. En nous exprimant ainsi, continue M. Nitze, « nous ne voulons pas dire que notre méthode opératoire soit absolument sans danger par elle-même, et nous ne doutons pas que des cas malheureux et même des cas de mort puissent survenir. Nous ne tenons pas à commettre l'erreur de Civiale, le fondateur de la lithotritie qui affirma que la lithotritie ne peut jamais causer la mort ».

En recherchant quels peuvent être les accidents pendant l'opération de M. Nitze, nous trouvons : l'apparition d'une forte hémorrhagie, d'un catarrhe intense de la vessie, d'une irritation rénale, des états fébriles, enfin complications d'épididymite et de prostatite.

Le premier par ordre de gravité, de ces accidents, c'est le danger de l'hémorrhagie. Comme celle-ci domine toute la complexité des symptômes des tumeurs bénignes, elle joue aussi le premier rôle parmi les accidents redoutables de la méthode intravésicale.

Il faut cependant remarquer, dit M. Nitze, qu'à la fin de l'opération, l'extirpation du pédicule ne donne lieu qu'à des hémorrhagies insignifiantes, tandis qu'au contraire l'excision du pédicule par le bistouri ou les ciseaux, après la taille hypogastrique, donne lieu à des hémorrhagies profuses.

M. Nitze explique ces hémorrhagies insignifiantes par un rétrécissement des vaisseaux du pédicule, lorsqu'on opère la tumeur en plusieurs séances. En tous cas la perte de sang pendant l'opération intra-vésicale est moindre que dans les hématuries spontanées, dont souffraient les malades. L'urine est immédiatement après la séance opératoire colorée en rouge ; après un temps assez court l'urine ne paraît plus sanguinolente. Dans quelques cas l'hémorrhagie paraît plus forte et peut dans des cas particuliers devenir extrêmement abondante.

M. Nitze fait remarquer en même temps, que c'est le mérite de Posner, d'avoir montré combien insignifiant peut être le contenu sanguin d'une urine qui semble du sang pur.

En comparant la méthode endoscopique à la taille haute, nous devons reconnaître que le danger est plus grand avec la taille : après la taille-pneumonie, après l'endoscopie-hémorrhagie qui peut toujours être enrayée par le tamponnement ou la taille, d'ailleurs l'hémorrhagie elle-même n'est pas rare dans la taille. Le fait que dans 31 cas il n'y a pas eu un seul cas de mort, défie toutes les statistiques. A première vue la taille semble comme opération radicale supérieure à l'endoscopie. En réalité, c'est le contraire. Tandis que la taille donne des récidives pour les tumeurs bénignes, l'endoscopie n'en donne pas.

Quant à la durée du traitement, la taille, dans les meilleures conditions demande plusieurs semaines et encore après une longue convalescence le repos absolu au lit est indispensable. La méthode intra-vésicale, dans les conditions favorables et quand il s'agit d'une petite tumeur, guérit en quelques jours, seulement dans les cas difficiles la durée du traitement est aussi longue, que le repos au lit nécessaire dans la taille. Dans les cas où après la taille se forme une fistule, la durée est de plusieurs mois et encore n'arrive-t-elle pas à son but de guérison. D'ailleurs les perfectionnements incessants dans l'instrumentation nous conduiront à employer moins de temps et de séances. Donc, au point de vue de la durée du traitement la méthode intravésicale est de beaucoup supérieure à la taille. Au point de vue de la douleur, l'endoscopie est incomparablement supérieure à la taille, puisqu'elle laisse le malade libre, et le malade qui fait des difficultés pendant la première séance, n'en fait plus aux suivantes.

La méthode intravésicale reste limitée aux tumeurs

bénignes ; les tumeurs malignes, même au début doivent être traitées par la taille hypogastrique. Le catarrhe intensif de la vessie, la petitesse de la vessie, la prédisposition aux fortes hémorrhagies peuvent rendre la méthode endoscopique impossible ; la grosseur considérable et surtout la multiplicité des grosses tumeurs la rend très difficile.

A la question posée souvent à M. Nitze, si l'opération en elle-même par sa méthode est facile ou difficile, il répond :

« Pour quelqu'un qui n'a jamais eu en mains un cystoscope, la méthode endoscopique peut paraître difficile, tandis qu'en réalité il n'y a rien de plus simple pour un médecin qui a consciencieusement étudié le traitement par la cystoscopie en général et en particulier la méthode de cystoscopie opératoire.

Il n'y a pas de doute, qu'un médecin, n'ayant jamais employé ni vu employer le cystoscope, se servant de cet instrument sans aucune préparation chez ses malades, ne peut que compromettre la méthode endoscopique et être nuisible aux clients.

En résumé, au point de vue de la durée, de la douleur, de la récurrence, l'endoscopie est supérieure à la taille hypogastrique. La durée dans de bonnes conditions, comme nous l'avons mentionné plus haut, peut ne pas dépasser quelques jours ; la douleur est tout-à-fait insignifiante et il n'y a pas de récurrence. Quant aux dangers, ils sont presque insignifiants avec la méthode endoscopique, sauf l'hémorrhagie, qui peut d'ailleurs être arrêtée par un tamponnement et dans les cas extrêmes, par la taille.

A la dernière heure nous avons reçu une lettre, due à l'obligeance de M. le professeur Nitze qui a eu la bonté de nous communiquer les résultats encore inédits de sa méthode opératoire.

La lettre est écrite en allemand et est datée de 10 juillet 1901.

En voici la traduction textuelle :

« Avant tout je dois faire remarquer qu'étant donné le peu de temps dont j'ai pu disposer, je n'ai pas pu bien revoir encore une fois mes journaux, c'est pourquoi je ne peux pas considérer les chiffres donnés comme tout à fait exacts.

Le nombre total des malades dont j'ai opéré les tumeurs par la méthode intra-vésicale atteint pour le moment le chiffre de 84.

Chez 4 de ces malades l'examen microscopique des tumeurs extirpées a démontré qu'il s'agissait de carcinomes.

Après cet examen on a renoncé à la continuation de l'opération chez ces malades, sans que cet essai ait eu pour aucun d'eux des conséquences fâcheuses.

Chez la première malade que nous avons opérée d'après la nouvelle méthode, on a interrompu la série des séances à cause de l'état imparfait des instruments..

La malade mourut plus tard de phtisie, bien indépendamment de sa tumeur de la vessie.

On ne déclare comme guéris que les malades chez lesquels après une énergique cautérisation du pédicule et après la guérison des escharres, le pédicule montre des proportions normales.

Nous avons obtenu ce résultat dans tous les cas sauf

chez les cinq malades nommés plus haut et chez trois autres malades dont la révision fut impossible.

Nous avons observé des récidives dans sept ou huit cas et il faut remarquer que chez 4 malades le point de la récidive était très éloigné de la tumeur primitive et à un endroit qui auparavant avait été considéré comme sain.

Chez trois de ces malades se sont montrées pendant des années sur différents endroits des parois vésicales des tumeurs nouvelles, qui furent toujours enlevées.

En ce qui concerne deux de ces malades on peut espérer qu'ils sont maintenant tout à fait guéris.

On pourra en avoir la certitude seulement après une nouvelle révision.

Les autres malades qui ont présenté des récidives, tous, à l'exception d'un seul, qui est encore en traitement, peuvent être considérés comme guéris.

Aucun de mes malades opérés par la méthode intravésicale n'est mort des suites de l'opération et, à l'exception des cancéreux, aucun n'est mort de sa tumeur.

Sauf ces cancéreux, presque tous les autres malades, autant que je puis le savoir, sont encore vivants.

Je sais qu'aucun de ces malades ne fut à mon insu atteint de récidive et n'alla se faire opérer ailleurs par un autre procédé, comme la taille haute ».

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs malignes de la vessie sont beaucoup plus fréquentes que les bénignes.

II. — On doit considérer la plupart des tumeurs vésicales comme des tumeurs prostatato-vésicales.

III. — La guérison spontanée des tumeurs bénignes est d'une rareté extrême.

IV. — Le pronostic de la tumeur vésicale, quelle qu'en soit la nature, est toujours d'une gravité notoire.

V. — Le seul traitement rationnel contre les tumeurs vésicales est le traitement chirurgical.

VI. — Les tumeurs pédiculées doivent être opérées par la méthode de Nitze, c'est-à-dire, avec l'endoscope.

VII. — Les tumeurs sessiles opérées par la taille hypogastrique, récidivent presque toujours.

VIII. — On ne doit pas toucher aux tumeurs des malades dont la prostate est dure et irrégulière.

Vu : le Président
TILLAUX

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. — Les tumeurs de la vessie, Paris, 1892.

— Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet, 1900.
T. II, p. 683.

Bensa. — De l'extirpation totale de la vessie pour cancer.
Thèse de Paris, 1896.

Brandenheuer. — Centr. f. Chir. Beilage, avril 1894.

Clado. — Traité des tumeurs de la vessie, Paris, 1895.

Desnos. — Fragmentation et exp. des tumeurs. Association
française d'urologie, 1897.

Guyon. — Leçons clin., 1885.

— Leçons sur les maladies de la vessie et de la prostate, p. 192.

Klebs. — Handbuch der pathologischen anatomie, Berlin,
1870. Lief III.

Küster. — Volkmann's Sammlung. Klin. Wochens, 1886.

Legueu. — Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet.
T. IX, Art. Maladies de la vessie.

Motz. — Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale
dans les tumeurs vésicales. Congrès d'urologie 1899

— Examen histologique de 87 néoplasmes vésicaux.
Congrès d'urologie, 1898.

Nitze. — Centralblatt für die Krankheiten der Harn und
sexual organe, 1896.

Petersen. — Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Chirurgie, 1880.

Sabatier. — Revue de Chirurgie, 1885.

Sonnemburg. — (Berl. Klin. Woch., 1884, p. 834).

Tillaux. — Leçons cliniques. T. II, p. 264.

Thompson. — Traduction Jamin. Paris, 1885.

Tuffier. — Traité de chirurgie de Duplay, et Reclus.

T. VII. Pr. édition art. vessie.

